

## FORMULAIRE D'AGREMENT Maître des stages des Universités

Cette fiche d'information ne concerne que le domaine de la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

Pour chaque agrément et chaque phase, un questionnaire doit être soumis.

Lorsque vous renouvez l'agrément principal du service, chaque agrément complémentaire doit faire également l'objet d'une demande de renouvellement sinon l'agrément sera perdu.

Seuls, les dossiers complets feront l'objet d'un passage en commission.

Contact : [medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr](mailto:medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr)

### IDENTIFICATION DU MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITES

Nom du Maître de stage des Universités qui sera agréé : .....

Numéro OPPI (si connu) : .....

Numéro RPPS : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postale / commune : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Année d'installation (justificatif à fournir – 1 an d'exercice) : .....

### AGREMENT DEMANDE

Spécialité pour laquelle l'agrément est demandé : .....

Première demande  Renouvellement

Phase demandée (plusieurs réponses possibles) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> P1 (Phase socle)                 | <input type="checkbox"/> SASPAS                                 |
| <input type="checkbox"/> P2 (Phase d'approfondissement) : | <input type="checkbox"/> Santé de la femme et santé de l'enfant |

### 1. ORGANISATION GENERALE DU LIEU DE STAGE

- Type de lieu de stage :
  - Cabinet libéral :  OUI  NON
  - Centre de santé :  OUI  NON
  - Autre (précisez) : .....
- Êtes-vous adhérent à :
  - Une MSP :  OUI  NON
  - Une CPTS :  OUI  NON
- Type d'activité exercée :
  - Médecine générale selon la WONCA Europe1 :  OUI  NON
  - Mode d'exercice particulier :  OUI (préciser)  NON

## **2. ENCADREMENT**

Encadrement pédagogique conforme à la charte des MSU (conférence des Doyens) en annexe :

OUI  NON (préciser)

## **3. DESCRIPTION DE L'EQUIPEMENT**

- Cabinet informatisé :  OUI  NON (préciser)
- Possibilité de consultation en autonomie :  OUI  NON (préciser)
- Présence de matériel pour gestes spécifiques/techniques (échographie, plâtre, etc...) :  
 OUI (préciser)  NON

## **4. FORMATION GENERALE**

Réunion de concertation pluridisciplinaire :  OUI  NON Périodicité :

Staff bibliographie et analyse d'articles :  OUI  NON Périodicité :

Possibilité de participation à des RCP, des revues de dossiers, à une démarche qualité (audits cliniques, revue de pertinence des soins, revues de morbi-mortalité, ...) ?  OUI  NON

Si oui, précisez :

Possibilité de participation à un Programme d'Éducation Thérapeutique ?  OUI  NON

Si oui, précisez :

Autres réunions :  OUI  NON Si oui, précisez :

Accès bibliographie par Internet :  OUI  NON

Accès à une salle de travail dans le lieu de stage :  OUI  NON

Respect du temps de travail de l'interne sur le TRIMESTRE à savoir :

- 8 demi-journées de présence (calculées par la somme des présences dans le lieu de stage et des obligations de garde) ?  OUI  NON
- 1 demi-journée de formation académique ?  OUI  NON
- 1 demi-journée de formation personnelle ?  OUI  NON
- Repos de sécurité légal post-garde ?  OUI  NON

Réalisation d'un tableau trimestriel du temps de travail de l'interne en accord avec le dernier décret sur le temps de travail de l'interne ?  OUI  NON

Possibilité de participation des internes aux actions de soin de santé publique sur le territoire ?

OUI (Préciser)  NON

Nombre d'interne DES de MG ayant fait un choix d'Inter-CHU sur votre terrain de stage au cours des 2 ans précédents :

Nombre d'internes que le maître de stage a la capacité d'accueillir :

- 1 interne N1 seulement
- 1 interne SASPAS seulement
- 1 interne N1 et 1 interne SASPAS
- 1 interne stage santé des enfants (ou santé des femmes) seulement
- 1 interne stage santé des enfants (ou santé des femmes) et 1 interne SASPAS

## 5. RECHERCHE (Préciser : clinique / épidémiologique / fondamentale)

- Participation de l'interne DES aux projets de recherche clinique ?  OUI  NON
  - Le MSU est-il membre d'une équipe de recherche ?  OUI (Préciser)  NON

---

  - Participation de l'Interne DES de spécialité aux travaux de l'équipe ?  OUI  NON
  - Publication envisagée au cours ou à l'issue du choix ?  OUI  NON
  - Nombre d'Internes encadrés en thèse sur les 2 ans précédents ? .....

**1. PROJET PEDAGOGIQUE spécifique de la spécialité pour lequel l'agrément est demandé(nombre de pages illimité)**

10. Fait le .../.../..... Nom et signature du MSU (tampon) :

## **11. CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**Nom du Coordonnateur du DES / FST / Option:**

**Avis :**  Favorable  Défavorable (à motiver obligatoirement ci-dessous)

Fait le .../.../..... Signature du coordonnateur (tampon) :