

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.scolarité.cycle3@univ-cotedazur.fr

IDENTIFICATION DU MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS

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) :

☐ P1 (Phase socle)

☐ P2 (Phase d'approfondissement) : ☐ SASPAS

☐ 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) :

Nom du Coordonnateur du DES / FST / Option:

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

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