

FORMULAIRE AGREMENT

Services formateurs d'Internes DES de Spécialités

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 DE L'ETABLISSEMENT

Nature : ☐ CHU ☐ CH ☐ ESPIC ☐ Etablissement privé autre que d'intérêt collectif
☐ Autre (préciser :

Nom :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postale / commune :

Courriel :

Téléphone :

(merci de renseigner les affaires médicales)

IDENTIFICATION DU SERVICE

Intitulé du Service :

Numéro OPPI (si connu) :

Nom du Responsable du terrain de stage qui sera agréé :

Courriel du Responsable du terrain de stage :

Téléphone du Responsable du terrain de stage :

AGREMENT DEMANDE

Spécialité pour laquelle l'agrément est demandé :

Agrément demandé à titre : ☐ Principal ☐ Complémentaire

☐ Première demande ☐ Renouvellement

Phase demandée (une seule réponse au choix) : ☐ P1 (Phase socle)
☐ P2 (Phase d'approfondissement)

☐ FST (Formation Spécialisée Transversale) :

☐ Option :

1. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

- Nombre d'Unités Fonctionnelles :
- Nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle :
- Hôp. de Semaine (nombre de lits) : Hôp. de Jour (nombre de places) :
- Unité de soins intensifs dépendant du service (O/N) : Nombre de lits :
- Pour les structures non hospitalières, description de l'organisation du service :
.....
.....
.....
- Participation de l'interne DES de la spécialité à la continuité de service de week-end (préciser) :
.....
.....
- Nombre de plages de consultations possibles / semaine pour les internes :
- Nombre de postes d'Internes aux 2 semestres précédents : DES médecine générale :
DES autres spécialités :

2. ENCADREMENT

La désignation du référent pédagogique responsable de la supervision étant obligatoire, merci de préciser :

Nom(s) et qualification du (des) référent(s) pédagogique(s) du service :

Adresse e-mail :

Téléphone mobile :

- Nombre de médecins temps plein titulaires de la spécialité (qualification ordinale) participant effectivement à l'encadrement :
PU-PH : MCU-PH : PHU, CCA ou AHU :
PH (si hors CHU, préciser les titres universitaires, par exemple ancien CCA, ancien AHU...) :
- Médecins temps partiel participant à la formation des Internes DES de la spécialité (préciser) :
.....
.....
- Autres :
- Pour les structures non hospitalières :
 - Nombre et spécialité des médecins à temps plein :
 - Nombre et spécialité des médecins à temps partiel :
 - Autres personnels de santé :

3. ACTIVITES DE SOINS

- Participation du Service à : ☐ un Département ☐ une Fédération
- Principales pathologies prises en charge dans le service (utiliser par exemple les GHM) :
.....
.....
- Nombre de lits HC, HS, HJ, dont l'interne DES de la spécialité est responsable :
- Nombre de visites hebdomadaires avec senior :
- Nombre de plages de consultations mensuelles de l'Interne :
avec un senior : pluridisciplinaires : en autonomie complète (supervisée) :
- L'Interne est-il amené à donner des avis spécialisés dans les autres services hospitaliers :
☐ OUI ☐ NON

- Nombre de gardes par mois :
- Existe-t-il une garde de spécialité ? ☐ OUI ☐ NON nombre par mois :
- L'interne DES médecine générale doit-il participer à cette garde de spécialité ? ☐ OUI ☐ NON
- Existe-t-il une astreinte de spécialité ? ☐ OUI ☐ NON nombre par mois :
- L'interne DES médecine générale doit-il participer à cette astreinte de spécialité ? ☐ OUI ☐ NON

- Participation de l'interne DES de la spécialité à des interventions diagnostiques ou thérapeutiques spécialisées (rédiger en annexe I si nécessaire)
- Type :
☐ avec senior ☐ seul
- Participation de l'interne DES de la spécialité à des explorations fonctionnelles ou d'imagerie réalisées dans le service (rédiger en annexe I si nécessaire)
- Type :
☐ avec senior ☐ seul
- Pour les services de chirurgie : participation de l'interne DES aux activités opératoires (préciser)
☐ OUI ☐ NON
.....
.....

4. FORMATION GENERALE

- Existe-t-il un livret d'objectifs de formation pour les DES de spécialités (à joindre) ? ☐ OUI ☐ NON
- Pour les CHU : Chaque Interne a-t-il un senior référent pour l'ensemble du cursus ? ☐ OUI ☐ NON
- Staffs :
- Staff "malades" du service : périodicité ?
- Staff multidisciplinaire : périodicité ?
- Staff bibliographie et analyse d'articles : périodicité ?
- Staff d'enseignement (interventions de l'Interne) : périodicité ?
- Accès bibliographie par Internet : ☐ OUI ☐ NON
- Accès à la salle de travail-bibliothèque dans le service : ☐ OUI ☐ NON
- Respect du temps de travail de l'interne sur le TRIMESTRE à savoir :
○ 8 demi-journées de présence hospitalière (calculées par la somme des présences dans le service 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 DES de la spécialité à des congrès (préciser) ? ☐ OUI ☐ NON
.....
- Possibilité de participation à des RCP, des revus de dossiers, à une démarche qualité (audits cliniques, revue de pertinence des soins, revues de morbi-mortalité, ...) ? ☐ OUI ☐ NON
- Possibilité de participation à un Programme d'Education Thérapeutique ? ☐ OUI ☐ NON
- Nombre d'interne DES de la spécialité ayant fait un choix d'Inter-CHU au cours des 2 ans précédents :
- Nombre d'interne DES de la spécialité inscrits en DU ou DIU au cours des 2 ans précédents :
- Mode d'évaluation des compétences acquises par les Internes durant le stage :
.....

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

- Participation de l'interne DES aux projets de recherche clinique ? ☐ OUI ☐ NON
 - Le service est-il membre d'une équipe de recherche (préciser) ? ☐ OUI ☐ 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 en doctorat sur les 2 ans précédents :

6. NOMBRE SOUHAITE D'INTERNES DES POUR LE SERVICE (à compléter obligatoirement) :

Nombre maximum : ...

7. INFORMATIONS SPECIFIQUES PERTINENTES CONCERNANT LE DOMAINE DE LA SPECIALITE. Bien distinguer les activités de routines des activités de recherche.

8. PUBLICATIONS de l'équipe hospitalière au cours des trois dernières années (distinguer les publications de recherche, les présentations à des congrès, les publications didactiques).

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

10. Fait le .../.../..... Nom et signature du chef de service (tampon) :

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