

UFR MEDECINE
Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
28, Avenue de Valombrose 06107 Nice cedex 2

**QUESTIONNAIRE AGREMENT
MAITRE DE STAGE DES UNIVERSITES**

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

A compléter et à joindre au formulaire Framiforms : <https://medecine.univ-cotedazur.fr/internat/agrements>

☐ 1^{ère} DEMANDE ☐ RENOUELEMENT

NOM ET ADRESSE DU MAITRE DE STAGE :

SPECIALITE (DES) pour laquelle l'agrément est demandé : Médecine Générale

Courriel du MSU :

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

Agrément demandé pour :
(Plusieurs cases possibles)

- ☐ Phase socle (niveau 1)
☐ Phase d'approfondissement (SASPAS)
☐ Phase d'approfondissement (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

.....
.....

¹ <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>

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

Staffs :

- Réunion de concertation pluridisciplinaire : ☐ OUI ☐ NON

o Périodicité ?

- Staff bibliographie et analyse d'articles : ☐ OUI ☐ NON

o Périodicité ?

- 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

o Si oui, précisez :

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

o Si oui, précisez :

- Autres réunions : ☐ OUI ☐ NON

o 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 :

o 8 demi-journées de présence (calculées par la somme des présences dans le lieu de stage et des obligations de garde) ? ☐ OUI ☐ NON

o 1 demi-journée de formation académique ? ☐ OUI ☐ NON

o 1 demi-journée de formation personnelle ? ☐ OUI ☐ NON

o 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 au cours des 2 ans précédents :
.....
- Nombre d'internes que le maitre de stage a la capacité d'accueillir :
☐ 1 interne NI seulement
☐ 1 interne NI 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 ☐ NON
(Préciser)
.....
- 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 ?

6. FORMATION A L'ENCADREMENT :

Les attestations seront délivrées à l'administration par le DERMG.

Fait le	Nom et signature du MSU (tampon)

Cadre réservé à l'administration	
Avis du coordonnateur du DES de Médecine Générale : ☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable (<i>à motiver obligatoirement ci-dessous</i>)	
Fait le	Nom et signature du coordonnateur (tampon) :