

UFR MEDECINE – Service scolarité 3^{ème} cycle
28, Avenue de Valombrose 06107 Nice cedex 2
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr

QUESTIONNAIRE AGREMENT

Services cliniques formateurs d'Internes DES de Spécialités

(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 CHANGEMENT CHEF DE SERVICE

CENTRE HOSPITALIER DE :

OU

NOM DE L'ETABLISSEMENT ou de la STRUCTURE DE SOINS ou de PREVENTION :

INTITULE DU SERVICE pour lequel vous demandez l'agrément :

SPECIALITE CHIRURGICALE OU MÉDICALE (DES) pour laquelle l'agrément est demandé :

NOM DU RESPONSABLE DU TERRAIN DE STAGE QUI SERA AGRÉÉ

Courriel et téléphone du responsable du terrain de stage :

Agrément demandé pour la phase :

(Une seule réponse au choix)

Phase socle (P1)

OU

Phase d'approfondissement (P2)

OU

FST (Formation Spécialisée Transversale) : préciser le nom :

.....

OU

OPTION :

- 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 ? OUI NON
(Préciser)
- 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 ? 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 en doctorat sur les 2 ans précédents ? OUI NON

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

Nombre maximum :

ANNEXES (recommandées)

ANNEXE I (sur papier libre) : Informations spécifiques pertinentes concernant le domaine de la spécialité. Bien distinguer les activités de routine des activités de recherche.

ANNEXE II (sur papier libre) : Publications de l'équipe hospitalière au cours des trois dernières années (distinguer les publications de recherche, les présentations à des congrès, les publications didactiques).

Fait le

Nom et signature du chef de service (tampon)

Cadre réservé à l'administration

Avis du coordonnateur du DES de :

ou de la FST/option de :

.....

Avis favorable

Avis défavorable (*à motiver obligatoirement ci-dessous*)

Fait le

Nom et signature du coordonnateur (tampon) :