

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

QUESTIONNAIRE AGREMENT

Services de Biologie Médicale formateurs d'Internes de Biologie Médicale

(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

CENTRE HOSPITALIER DE :

ou

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

INTITULE DU SERVICE :

SPECIALITE (DES) pour laquelle l'agrément est demandé : **BIOLOGIE MEDICALE**

OPTION demandée (cocher le ou les cases) :

- Médecine moléculaire – Génétique – Pharmacologie/Toxicologie - Biochimie :
- Hématologie - Immunologie
- Agent infectieux
- Biologie générale
- Biologie de la reproduction

(Cf : Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du et l'arrêté du 21 avril 2017)

NOM DU CHEF DE SERVICE / RESPONSABLE DU TERRAIN DE STAGE – RTS :

Courriel :

Téléphone :

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 :

.....

1. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

- Nombre d'actes réalisés / semaine
- Nombre de dossiers/semaine
- Nombre d'UF
- Pour les structures non hospitalières, description de l'organisation du service :

- Nombre de postes d'Internes aux 2 semestres précédents :
 - Ancien régime
 - DES de niveau 1 :
 - DES de niveau 2 :
 - Nouveau régime
 - DES de phase socle :
 - DES de phase d'approfondissement

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 :

- Nombre de médecins temps plein titulaires participant effectivement à l'encadrement :
PU-PH : MCU-PH : PHU, CCA ou AHU :

- PH (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 ou pharmaciens à temps plein :
 - Nombre et spécialité des médecins ou pharmaciens à temps partiel :
 - Autres personnels de santé :

3. ACTIVITES ANALYTIQUE

DANS LE SERVICE (joindre fiche de poste de l'interne si possible)

- Description des secteurs d'activité analytique et par secteur description :
 - Des principaux diagnostics réalisés
 - Des principales techniques utilisées pour ces diagnostics
 - Des principaux équipements
 - Et du rôle de l'interne

	Diagnostic	Techniques	Principal équipement	Fonctions de l'interne en phase Socle	Fonctions de l'interne en phase approfondissement
Secteur X					
Secteur Y					
Secteur Z					

- L'Interne est-il amené à participer aux différents secteurs d'activité :
 - OUI NON
- L'Interne est-il amené à à participer à la validation biologique :
 - OUI NON
- L'Interne est-il amené à communiquer des résultats dans les autres services hospitaliers :
 - OUI NON
- L'Interne est-il amené à participer à la démarche qualité :
 - OUI NON

EN TRANSVERSE DANS LE PÔLE

- Nombre de gardes par mois :
- Rôle de l'interne durant cette période de garde :
- L'Interne est-il amené à communiquer des résultats dans les autres services hospitaliers :

OUI

NON

4. FORMATION GENERALE

- Existe-t-il une formalisation des compétences pratiques à acquérir durant le stage

(arrêté du 27 nov. 2017)

OUI

NON

S'il existe, merci de le joindre à ce document.

- Existe-t-il une formalisation des connaissances théoriques à acquérir durant le stage

(arrêté du 27 nov 2017)

OUI

NON

S'il existe, merci de le joindre à ce document.

- Pour encadrer cette acquisition des connaissances :

- Existe-t-il un enseignement théorique « sur site »

OUI

NON

- Si oui : nombre d'heures dispensées par semaine :

- Si le projet pédagogique n'est pas formalisé, merci de compléter les paragraphes ci-dessous :

- Objectifs généraux de formation dans ce service pour un futur médecin :

- Détailler les connaissances professionnelles qui seront acquises pendant le stage :

(Pour la médecine générale, se référer au Référentiel de compétences – document annexé).

- Evaluations

- Mode d'évaluation des compétences acquises par les Internes durant le stage :

- Mode d'évaluation des connaissances acquises par les Internes durant le stage :

- Staffs et réunions :

- L'interne participe-t-il à des réunions de discussion de dossiers dans le service ou lors de Staff multidisciplinaire ?

OUI

NON

Périodicité ?

- L'interne participe-t-il à des réunions bibliographiques dans le service ?

OUI

NON

Périodicité ?

- L'interne est-il amené à faire des exposés théoriques en réunion :

OUI

NON

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

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

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) : Articles originaux de l'équipe hospitalière au cours des trois dernières années

Signature	Date
<p>Le responsable de la structure d'accueil :</p> <p>Signature :</p>	

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) :