

Agrément demandé pour le D.E.S de		Au titre de l'année universitaire
Nouvelle Demande <input type="checkbox"/>	Renouvellement à échéance <input type="checkbox"/>	Changement de RTS <input type="checkbox"/>

Etablissement

Dénomination officielle : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Type d'établissement : _____

Autre, précisez : _____

Responsable de Terrain de Stage (RTS) en charge de l'interne / Personne à agréer

N° IMOTEP SERVICE : _____ *(8 chiffres commençant par 52 00 - Se reporter au tableau des agréments)*

Nom du Service : _____

Chef de Service/RTS (Prénom NOM) : _____

Qualification : _____

Tél. : _____ Email : _____

(Email obligatoire)

(1) Si changement de RTS, Nom de l'ancien RTS : _____

Agréments actuels du service

	Début	Fin

Organisation du service/département

Médecins titulaires (médecins seniors de la discipline) participant à l'encadrement :

Nombre de PU-PH : _____ Nombre de MCU-PH : _____

Nombre de PH temps plein : _____ Nombre de PH temps partiel : _____

Nombre de PHU : _____ Nombre de CCA / AHU : _____

Nantes Université

Organisation du service/département (suite)

Autres médecins participant à l'encadrement (préciser) :

Services partenaires :

Existence de RCP : Oui Non

Le service offre-t-il la possibilité d'un post-internat : Oui Non

Nombre de postes d'internes par semestre :	DES de la spécialité demandées	DES Autre spécialité médicale	DES Médecine Générale	FFI / DFMS / DFMSA
- Offerts au choix habituellement :				
- Pourvus au semestre actuel :				
- Pourvus au semestre d'hiver précédent :				
- Pourvus au semestre d'été précédent :				

D'autres internes sont-ils présents de façon irrégulière (inter-CHU, militaire, pays du Golfe, Collège de Médecine, etc...) ? : Oui Non

Si oui, ont-ils les mêmes rôles que les autres internes ? Oui Non

Le Service/Département est-il constitué de plusieurs unités fonctionnelles de spécialités de la discipline différentes ? :

Oui Non

Si oui, indiquer lesquelles :

- Les modalités de répartition et de changement d'unités pendant le semestre :

Si la discipline comporte des actes techniques, préciser les ressources et leur nombre (échographe, endoscope, doppler, prélèvements biologiques...) :

- _____ :	- _____ :
- _____ :	- _____ :
- _____ :	- _____ :
- _____ :	- _____ :

Organisation du service/département (suite)

Répartition du nombre de lits dans le service :

- Conventioanel : - De semaine : - De jour : - USI/USC

Durée moyenne de séjour (hospitalisation traditionnelle):

.....

Nombre de patients/semaine

- Conventioanel : - De semaine : - De jour : - USI/USC

Indiquer les principaux groupes de pathologies rencontrés :

-
-
-
-
-
-

Nombre de consultations faites par les seniors par an :

Nombre de consultations faites par les internes par an :

Nombre d'astreintes faites par les internes par an :

Nombre de gardes faites par les internes par an :

Nombre d'actes interventionnels faits par les seniors par an :

Nombre d'actes interventionnels faits par les internes par an :

Conditions de travail des internes

Existe -t-il un bureau réservé aux internes pour effectuer leur travail ?

Oui Non

Les moyens suivants sont-ils disponibles pour les internes ?

Téléphone : Oui Non

Ordinateur : Oui Non

Quels sont les moyens d'information accessibles aux internes ?

- Bibliothèque de Service : Oui Non

- Bibliothèque d'Etablissement : Oui Non

- Internet : Oui Non

- Autres (référentiels internes, CD-ROM) Oui Non

Projet de formation

Joindre le contrat pédagogique d'accueil des internes

Indiquer succinctement les principaux objectifs de formation des internes :

-
-
-
-

Activités d'enseignement et de recherche

COURS ET REUNIONS :

Il y a-t-il des cours dispensés aux internes ?

- Cours dédiés : Oui Non Si oui, combien /mois ?
- Cours généraux du Service/Département : Oui Non Si oui, combien /mois ?

Il y a-t-il des réunions de présentation de dossiers ?

- Dans le Service : Oui Non Si oui, combien /mois ?
- Interservices (multidisciplinaires) : Oui Non Si oui, combien /mois ?
- Préciser lesquelles :
- L'interne présente-t-il lui-même des dossiers ? Oui Non Si oui, combien /mois ?

Il y a-t-il des réunions de bibliographie ?

- Dans le Service : Oui Non Si oui, combien /mois ?
- Interservices : Oui Non Si oui, combien /mois ?
- L'interne présente-t-il lui-même des articles ? Oui Non Si oui, combien /mois ?
- L'interne a-t-il des présentations orales à faire dans le service ? Oui Non Si oui, combien /semestre ?

Autres Réunions (préciser) :

- Combien /mois ?
- Combien /mois ?
- Combien /mois ?
- Combien /mois ?

Activités d'enseignement et de recherche

Les activités quotidiennes de l'interne sont-elles compatibles avec :

- La présence aux séances d'enseignement institutionnel (séminaires de DES, réunions inter-régions ...) : Oui Non
- La participation à un travail de recherche : Oui Non
- La préparation d'une thèse, d'un article ou d'une communication : Oui Non
- Les participations aux travaux et autres sont-elles proposées aux internes ? Oui Non
- Avez-vous la possibilité d'encadrer un interne débutant son 1er stage ? Oui Non
- Avez-vous déjà encadré des thèses d'exercice et mémoires d'internes ou des publications internationales faites par des internes au cours des 5 dernières années ? Oui Non
- Si oui, combien ? 1 2 3 4 5 plus de 5
- Organisez-vous des réunions ou consultations multidisciplinaires ? : Oui Non
- Si oui, lesquelles :
- Le service a-t-il une thématique de recherche autonome, participe-t-il aux programmes de recherche de la société savante de la discipline ou aux réseaux de prise en charge des maladies rares ? Oui Non

Informations complémentaires et remarques éventuelles (modifications récentes d'organisation du service, innovations pédagogiques, etc.) :

Large empty rectangular area for providing additional information and remarks.

Tampon et signature du Responsable Médical

Empty rectangular box for the stamp and signature of the Medical Responsible.

Tampon et signature du Responsable de Pôle/Service

Empty rectangular box for the stamp and signature of the Pole/Service Responsible.

le _____

Avis du coordonnateur local de D.E.S de	Au titre de l'année universitaire	
Nouvelle Demande <input type="checkbox"/>	Renouvellement à échéance <input type="checkbox"/>	Changement de RTS <input type="checkbox"/>

Etablissement

Dénomination officielle : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Type d'établissement : _____

Autre, précisez : _____

Responsable de Terrain de Stage (RTS) en charge de l'interne / Personne à agréer

N° IMOTEP SERVICE : _____ *(8 chiffres commençant par 52 00 - Se reporter au tableau des agréments)*

Nom du Service : _____

Chef de Service/RTS (Prénom NOM) : _____

Qualification : _____

Tél. : _____ Email : _____ *(Email obligatoire)*

(1) Si changement de RTS, Nom de l'ancien RTS : _____

Conclusion de la visite d'agrément

Date de la visite : _____

Evaluation	A	B	C	D
- Organisation du service / département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Conditions de travail des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Projet de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Activité d'enseignement et de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Activité clinique de l'interne en salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Activité clinique de l'interne hors salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avis des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Evaluation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avis		
<input type="checkbox"/> Avis Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (Préciser ci-dessous)	Agrément sans problème pour 5 ANS <input type="checkbox"/>	Agrément temporaire pour 1 AN nécessitant une revisite ultérieure <input type="checkbox"/>
	Phase socle <input type="checkbox"/>	Phase approfondissement <input type="checkbox"/>
A titre principal <input type="checkbox"/>	A titre complémentaire <input type="checkbox"/>	

Motif(s) du refus

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dossier insuffisamment motivé | <input type="checkbox"/> Encadrement insuffisant dans le service |
| <input type="checkbox"/> Activité insuffisante du service au titre de la spécialité | <input type="checkbox"/> Service ne répondant pas aux critères de formation retenus pour la spécialité |
| <input type="checkbox"/> Service très spécialisé et, de ce fait, insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle est sollicité l'agrément | |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez dans le commentaire libre : | |

Commentaire libre

Tampon et signature du Coordonnateur local

le _____

Nantes Université