

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 :** .....

N° FINESS/SIRET : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nature de l'établissement : .....

Autre, précisez : .....

**Personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) :** .....

Tél. : ..... Email : .....

**Nbre de poste(s) de Dr Junior demandé par la structure d'accueil :** .....

**Nbre de DES par phase et spécialité demandé PAR SEMESTRE :** .....

## 1. Description de la structure d'accueil

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

Nom du service ou de la structure interne : .....

Nature de l'activité :  MCO  SSR  Autre, précisez : .....

### Nom du responsable

▪ Du service ou de la structure interne : .....

Tél. : ..... Email : .....

▪ De la formation des docteurs juniors (si différent) : .....

Tél. : ..... Email : .....

Nbre de lits d'hospitalisation ouverts

Conventionnelles 7/7 : .....

Hôpital de semaine : .....

Réanimation ou Soins Intensifs : .....

Hôpital de jour : .....

Unité de Surveillance Continue : .....

## Nantes Université

## 1. Description de la structure d'accueil (suite)

Nbre annuel de consultations

Courantes :

.....

Autres, précisez :

Première fois :

.....

Annonce :

.....

Principales pathologies prises en charge (*indiquez les 5 premiers groupes homogènes de malades, PMSI*) :

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

Nature des principales prestations transversales fournies par la structure d'accueil :

1. Activité clinique de recours, y compris équipe mobile :

2. Plateau technique ou médico-technique :

3. Autres activités transversales (*expertise ou partenariat avec le milieu médical ou non-médical ; stages en entreprise, en unité de recherche ou au sein d'une administration ; autres*) :

Le cas échéant, nature des principaux actes pratiqués dans la structure d'accueil :

## 2. Encadrement

**Nbre de praticiens titulaires :** .....

Dont :

- PU-PH et MCU-PH : .....
- PH (en ETP) : .....

**Nombre de praticiens non-titulaires :** .....

Dont

- PHU : .....
- CCA et AHU : .....
- Assistants spécialistes : .....
- Praticiens contractuels : .....

**Joindre un tableau de service correspondant à une semaine-type** (document précisant les lignes de garde sur place et d'astreinte à domicile de la structure d'accueil)

**Ce document est à transmettre obligatoirement avec la demande d'agrément**

## 3. Implication du service dans la formation et la recherche

**Décrire brièvement le poste de travail prévu pour les Docteurs Juniors** (*bureau, téléphone-DSCT-Bip, accès documentaire, etc...*)

**Décrire brièvement les initiatives pédagogiques mise en place**

**Accueillez-vous des d'étudiants hospitaliers** (*1er et 2ème cycles des études médicales*) ?

**Réunions organisées par la structure d'accueil** (*discussions de dossiers, exposés, etc.*) **dans lesquelles les étudiants de 3ème cycle font des présentations :**

NATURE

FRÉQUENCE

-

-

-

-

-

### 3. Implication du service dans la formation et la recherche (suite)

#### Participation de la structure d'accueil à des réunions de concertation pluridisciplinaire :

NATURE	FRÉQUENCE
-	
-	
-	
-	
-	

#### Activité de publication de la structure d'accueil au cours des 5 dernières années :

- Nbre de publications : .....
- Score SIGAPS .....
- Nbre de publications auxquelles ont été associées des étudiants de 3ème cycle .....
- Nbre de thèse(s) d'exercice .....

**Est-ce que des étudiants de 3ème cycle ont participé à des réunions régionales ou nationales (congrès) au cours des 5 dernières années et préciser ?**

**En cas de participation active** (*présentation orale ou présentation de poster*), préciser.

#### 4. Mise en situation et activités des docteurs juniors

Par exemple et de façon non-exhaustive :

- Prise en charge de patients : consultations courantes, consultations d'annonce, prise en charge d'un secteur d'hospitalisation hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation complète
- Prise en charge en urgence de patients : garde d'urgence, gestes techniques en urgence, gestion des avis extérieurs au service
- Actes techniques : ambulatoires, courants, gestes invasifs
- Travail en équipe : animation d'un staff ou d'une réunion multidisciplinaire (éventuellement RCP), organisation des circuits de recours, relations avec les services sociaux ou prise en charge sociale du patient, organisation des soins en coopération avec les autres professionnels de santé, parcours de soin, gestion de situation de crise, management d'équipe...
- Exercice professionnel : qualité sécurité des soins : déclaration des EIG, prévention et surveillance des risques ; démarche d'autoévaluation et / ou participation à une activité de recherche, (en préparation au développement professionnel continu, à la re-certification, à la participation à des registres ...) ; relations avec la direction.

Décrire les activités que réaliseront seuls le(s) Dr Junior(s) au début de leur stage :

Décrire les activités que réaliseront seuls le(s) Dr Junior(s) à la fin de leur stage en plus de celle réalisées en début de stage :

Décrire brièvement comment se fera l'acquisition progressive de son / leur autonomie au cours du stage :

#### 4. Mise en situation et activités des docteurs juniors (suite)

Décrire précisément la façon dont se fera la supervision et l'évaluation de ces mises en situation (rythme, modalités) :

Décrire précisément la façon dont sera organisée la possibilité pour le Dr Junior de recourir sur place et en permanence à un « senior » en journée (**fournir un tableau de service type**) :

Le cas échéant : il y a-t-il une ou des demi-journées en semaine où le Dr Junior sera affecté dans une autre structure ? (Précisez l'intitulé de la structure, la nature des activités qui y seront réalisées et les modalités de la supervision) :

Le cas échéant : prévoyez-vous la mise en place de gardes seniors pour le(s) Dr(s) Junior : Oui  Non

Si OUI, décrire précisément les modalités de recours mises en place avec la direction de l'établissement (autres praticiens de garde sur place, recours aux appels exceptionnels, , ... ) :

#### 4. Mise en situation

##### Activités habituelles moyennes pour le(s) Dr Junior(s) (hors gardes senior) :

- Nbre moyen de gardes d'internes / mois : \_\_\_\_\_ dont week-end : \_\_\_\_\_
- Nbre moyen d'astreintes / mois : \_\_\_\_\_

Préciser à quoi correspondent ces astreintes :

- Amplitude horaire moyenne en semaine : Heure début : \_\_\_\_\_ Heure de fin : \_\_\_\_\_

Le responsable du service d'accueil s'engage à respecter les règles relatives au temps de travail en stage des médecins en formation ?  OUI

##### Projet pédagogique à joindre (1 à 2 pages) et à transmettre au(x) coordonnateur(s)

##### Ce projet pédagogique :

- A-t-il été partagé avec les autres praticiens de la structure d'accueil ? Oui  Non
- Sera-t-il assumé par l'ensemble des praticiens de la structure d'accueil ? Oui  Non

#### 5. Agréments dont dispose le service au titre de l'année en cours et nombre d'interne

##### Nbre d'internes demandé PAR SEMESTRE :

Agrément obtenu pour le DES de :	INTERNES issus des ECN avant 2017	INTERNES de phase socle ECN 2017 et +	INTERNES de phase approfondissement ECN 2017 et +

##### Tampon et signature du service ou de la structure

le \_\_\_\_\_

##### Visa du président de la CME de l'établissement

le \_\_\_\_\_

##### Visa du directeur de l'établissement

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 :** \_\_\_\_\_

**N° FINESS/SIRET :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Nature de l'établissement :** \_\_\_\_\_

**Autre, précisez :** \_\_\_\_\_

**Personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) :** \_\_\_\_\_

**Tél. :** \_\_\_\_\_ **Email :** \_\_\_\_\_

### 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

- Avis Favorable  
 Défavorable  
(Préciser ci-dessous)

**Agrément sans problème  
pour 5 ANS**

**Agrément temporaire pour 1 AN**  
nécessitant une revisite ultérieure

### Motif(s) du refus

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

## Commentaire libre

**Tampon et signature du Coordonnateur local**

le \_\_\_\_\_

**Nantes Université**