

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"/>

### Maître de stage des Universités

**Prénom NOM :** .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Email : .....

N° RPPS : .....

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

Titulaire du titre d'ancien chef de clinique  
des universités – assistant des hôpitaux : .....

**Structure d'exercice :**

Cabinet isolé

Cabinet groupé

Maison de santé pluri-  
professionnelle

Centre de santé

Autre, précisez : .....

### 1. Activité de la structure ambulatoire

**Nbre de consultations par jour :** .....

**Principaux domaines de consultation :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Nantes Université

### 1. Activité de la structure ambulatoire (suite)

Nature des principales activités (médicales ou non) :

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

Quels sont les principaux gestes techniques enseignés ?

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

### 2. Encadrement et moyens

Nbre de médecins présents à temps plein : ..... Nbre de médecins présents à temps partiel :

Présence d'un secrétariat : Oui  Non

Les locaux permettent-ils aux étudiants de consulter en autonomie ? (*Bureau de consultation disponible*) : Oui  Non

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

Réunions médicales de service (discussions de dossiers, exposés, etc.) destinées aux « seniors » et aux internes, et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ?

Oui  Non  Fréquence : .....

Réunions médicales multidisciplinaires :

Oui  Non  Fréquence : .....

Réunions de bibliographie :

Oui  Non  Fréquence : .....

Réunions avec les internes pour la révision des dossiers de consultation ?

Oui  Non  Fréquence : .....

#### 4. Projet pédagogique

**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. Mise en situation et activités des étudiants

**Par exemple et de façon non-exhaustive :**

- Prise en charge de patients : consultations courantes, consultations d'annonce
- Prise en charge en urgence de patients : geste technique en urgence, gestion des avis extérieurs au cabinet,
- Actes techniques : ambulatoires, courants,
- Travail en équipe : animation d'un staff, 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 ...).

Décrire les activités que réaliseront les étudiants au début de leur stage :

Décrire les activités que réaliseront seuls les étudiants à la fin de leur stage en plus de celle réalisées en début de stage :

## 5. Mise en situation et activités des étudiants (suite)

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

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 l'étudiant de recourir sur place et en permanence à un « senior » en journée :

## 6. Responsabilités confiées aux étudiants

Y a-t-il des ½ journées en semaine où l'étudiant sera affecté dans une autre structure ?

Oui  Non

Si oui, nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Précisez le Projet pédagogique et nombre de ces demi-journées :

Y a-t-il des ½ journées en semaine que l'étudiant réalise auprès d'un établissement hospitalier ? Oui  Non

Si oui, nbre de demi-journées : .....

Si oui, renseignement sur l'établissement :

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Email : .....

Y a-t-il la possibilité pour l'étudiant de recourir, sur place et en permanence, à un praticien du service en journée ? Oui  Non

## 7. Présence des étudiants

**Horaire journalier moyen par interne :** Heure début : ..... Heure de fin : .....

Le maître de stage s'engage à respecter les règles relatives au temps de travail en stage des médecins en formation ?  OUI

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

**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 maître de stage universitaire**

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"/>

## Maître de stage des Universités

**Prénom NOM :** \_\_\_\_\_

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

N° RPPS : \_\_\_\_\_

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

Titulaire du titre d'ancien chef de clinique  
des universités – assistant des hôpitaux : \_\_\_\_\_

**Structure d'exercice :**

Cabinet isolé

Cabinet groupé

Maison de santé pluri-  
professionnelle

Centre de santé

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## 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)	<b>Agrément sans problème pour 5 ANS</b> <input type="checkbox"/>	<b>Agrément temporaire pour 1 AN</b> nécessitant une revisite ultérieure <input type="checkbox"/>
<b>Phase socle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Phase approfondissement</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ancien régime</b> <input type="checkbox"/>
<b>A titre principal</b> <input type="checkbox"/>		<b>A titre complémentaire</b> <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 \_\_\_\_\_