

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 au Dr. Junior 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 docteurs juniors

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 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 :

5. Mise en situation et activités des docteurs juniors (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 le Dr Junior de recourir sur place et en permanence à un « senior » en journée :

6. Responsabilités confiées au docteur junior

Y a-t-il des ½ journées en semaine où le Dr Junior 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 le Dr Junior réalise auprès d'un maître de stage des universités (MSU) ? Oui Non

Si oui, nbre de demi-journées :

Si oui, renseignement sur le MSU :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Email :

Y a-t-il la possibilité pour le Dr Junior de recourir, sur place et en permanence, à un « senior » du service en journée ? Oui Non

Nbre de patients confiés par jour au Dr Junior :

7. Présence du docteur junior

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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"/>

Nantes Université

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