

**À RETOURNER PAR MAIL A Déborah Sourdillat-Meneu  
(deborah.sourdillat-meneu@univ-nantes.fr)**

**ÉTABLISSEMENT**

Dénomination officielle : .....

Adresse : .....

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

Type d'établissement : .....

Autre, précisez : .....

**PÔLE (si existant)**

Nom du Pôle : ..... Chef de Pôle : .....

**RESPONSABLE DE TERRAIN DE STAGE (RTS) en charge de l'interne / PERSONNE À AGRÉER**

Nom du Service : .....

Chef de Service/RTS : .....

Qualification : .....

Tél. : ..... Email : .....

**AGRÉMENTS ACTUELS DU SERVICE**

	Début	Fin
.....		
.....		
.....		
.....		

**DEMANDE D'AGRÉMENT**

 **NON OUI** Ma demande concerne le **DES de Biologie Médicale Réforme 2017 (R3C)**(Transmettre votre demande PAR MAIL à Faculté de Pharmacie - Déborah SOURDILLAT-MENEU : [Deborah.Sourdillat-Meneu@univ-nantes.fr](mailto:Deborah.Sourdillat-Meneu@univ-nantes.fr))

INTITULÉ de la FORMATION	Nouvelle Demande	Renouvellement à échéance	Changement de RTS (1)
.....			

(1) Nouveau responsable : .....

Ancien responsable : .....

## ORGANISATION DU SERVICE / DÉPARTEMENT

**Médecins/Pharmaciens 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 : \_\_\_\_\_

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....):**

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

**Répartition du nombre de lits dans le service :**

- conventionnel : \_\_\_\_\_ - de semaine : \_\_\_\_\_ - de jour : \_\_\_\_\_ - USI/USC \_\_\_\_\_

**Durée moyenne de séjour (hospitalisation traditionnelle):** \_\_\_\_\_

**Nombre de patients/semaine**

- conventionnel : \_\_\_\_\_ - 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 ? | _____ |
| - Inter-services (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 ?     | _____ |
| - Inter-services :  | 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 ? | _____ |

#### 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 ...)** :

Empty space for additional information and remarks.

**Signature du Responsable Médical**

Empty box for the signature of the Medical Responsible.

**Signature du Responsable de Pôle/Service**

Empty box for the signature of the Pole/Service Responsible.

le \_\_\_\_\_