

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)

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 ...) :

Signature du Responsable Médical

Signature du Responsable de Pôle/Service

le _____