|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT n° FINESS** | | |
| **NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** | | |
| **NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ADMINISTRATIF** | | |
| **TELEPHONE (bureau des affaires médicales) :** | | |
| **1 - DENOMINATION DU SERVICE** | Est-il CHU, CH, ESPIC, autre établissement public, structure privée ? | |
| NOM DU RESPONSABLE D'ENCADREMENT (CHEF DE SERVICE) | | Spécialité (Conseil de l’Ordre) du chef de service |
| NOM DU CHEF DE POLE  NOM DU REFERENT PEDAGOGIQUE de l’interne | | Téléphone |
| Nombre d'entrées en hospitalisation *(données année n-1 – H complète et H de jour)* | | DMS *(données année n-1)*  Indice de performance (ratio DMS/GHM) |
| Nombre de lits par interne | | Nombre de consultations *(données année n-1)* |
| Nombre d'internes maximum *(capacité d’encadrement pédagogique)* | | Nombre de praticiens temps plein/temps partiel :  Fournir en annexe la liste des noms, spécialités et équivalent temps plein |
| Principales pathologies traitées dans le service *(indiquer les 5 premiers groupes homogènes de malades PMSI)* | | |
| **2 - RESPONSABILITES CONFIEES A L'INTERNE** | **oui/non** | **ACTIVITE GLOBALE** |
| Possibilité permanente pour l'interne de recourir à un "senior" du service ? (8h30-18h30) |  |  |
| Y a-t-il des demi-journées (en semaine) où l'interne est le seul médecin du service ? |  | Nombre de visites encadrées par semaine |
| Autonomie de prescription pour les traitements ? |  | Nombre de CV en semaine |
| Autonomie de prescription pour les examens complémentaires ? |  | Nombre de CV le week-end |
| Possibilité de participer aux consultations ? |  | Nombre de plages de consultations assurées par l'interne (par semaine) |
| Comptes rendus d'hospitalisation effectués par l'interne ? |  |  |
| Bureau où l'interne peut travailler seul ? |  | Accès internet facile (oui/non) |
| Respect de l’obligation de libérer l'interne pour l’enseignement de son DES interrégional ou régional ? |  | Nombre d’astreintes par mois : |
| Possibilité de libérer l'interne pour après-midi hebdomadaire (recherche et travaux personnels) |  | Nombre de gardes par mois pour le service : |
|  |  | Nombre de gardes par mois  pour l’établissement : |
| Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ? | | |
| **3 - IMPLICATION DU SERVICE DANS LA FORMATION ET LA RECHERCHE** | **oui/non** | **Fréquence** (hebdomadaire, mensuelle, …) |
| Connaissez-vous les objectifs pédagogiques du DES de l’interne ? |  | Existe-il un projet pédagogique spécifique au service ? (Cf 5) **Si oui le joindre et dans le cas contraire ce projet doit être rédigé.** |
| Réunions médicales de service (discussion de dossiers, exposés, etc…) destinées aux "seniors" et aux internes et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ? |  |  |
| Réunions médicales multiservices ? |  |  |
| Réunions de bibliographie (locales ou mutualisées : CHU /faculté) |  |  |
| Réunions avec les internes pour la révision des dossiers des sortants (Revue Mortalité Morbidité ?) |  |  |
| Encadrement des internes dans des travaux de recherche aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteurs |  |  |
| **4 – EVALUATION** | **oui/non** | Expliciter (si besoin en joignant une annexe) |
| Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ? comment ? |  |  |
| Un entretien d’accueil est-il organisé ? Offre de formation / besoins exprimés de l’interne ? |  |  |
| Des évaluations en cours de stage permettent-elles (ou permettront d'apprécier l'acquisition des compétences de l'interne ? |  |  |
| Organisez-vous une réunion spécifique pour le bilan de validation du stage ? |  |  |
| Commentaires : | | |
| **5 – AGREMENT : Projet de service (ou de pôle) à joindre obligatoirement** | | |
| **5-1 Si la demande d’agrément est faite à la suite d’un changement de responsable de service, préciser le nom de dernier chef de service et renvoyer un projet pédagogique de service :** | | |

**NOUVELLE DEMANDE D’AGREMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agréments demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 (bien préciser l’intitulé de la discipline) : (DES, FST, OPTION)** | |
|  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Intitulé de la discipline** | **Agrément Phase socle pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Approfondissement pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Consolidation pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| Le directeur de l’établissement : | Le responsable de service : |

Document à retourner par mail : [commissionagrement@univ-st-etienne.fr](mailto:commissionagrement@univ-st-etienne.fr) **avant le lundi 22 avril 2024**

Pour tout renseignement : 04-77-42-14-16 ou 04-77-42-18-90 **scolarité 3ème cycle médecine générale**

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’AGREMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Renouvellements demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 (bien préciser l’intitulé de la discipline) : (DES, FST, OPTION)** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Intitulé de la discipline** | **Agrément Phase socle pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Approfondissement pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Consolidation pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| Le directeur de l’établissement : | Le responsable de service : |

Document à retourner par mail : [commissionagrement@univ-st-etienne.fr](mailto:commissionagrement@univ-st-etienne.fr) **avant le lundi 22 avril 2024.**

Pour tout renseignement : 04-77-42-14-16 ou 04-77-42-18-90 **scolarité 3ème cycle médecine générale**