

**QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D’AGREMENT INTERNAT *BIOLOGIE MEDICALE (NOUVEAU REGIME)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et adresse de l’établissement :** |  |
| Nom de la personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) :Téléphone (bureau des affaires médicales) :Mél (bureau des affaires médicales) : |
| Est-il un CHU, une CHG, un CH PSPH, autre établissement public ? (rayer la mention inutile et préciser le cas échéant)  |
| 1. **Activité du service**
 |
| Nom du service : |  | Téléphone : |  |
| Nom du chef de service : |  | Mél : |  |
|  | Oui/Non |  | Oui/Non |  | Oui/Non |  | Oui/Non |
| Biochimie-biologie moléculaire |  | Hématologie |  | Virologie |  | Mycologie |  |
| Pharmacologie – Toxicologie |  | Immunologie |  | Hygiène hospitalière |  | Génétique moléculaire et Cytogénétique |  |
| Hématologie - Immunologie |  | Bactériologie |  | Parasitologie |  | Biologie de la reproduction |  |
| 1. **Responsabilités confiées à l’interne**
 |
| Tâches quotidiennes dites de routine confiées à l’interne : |  |
| Responsabilités confiées à l’interne : |  |
| Moyens informatiques du service accessibles à l’interne :  |  |
| Nombre de revues reçues dans le service et accessibles à l’interne (d’audience internationale ou professionnelle) : |  |
| Nombre de réunions de service par mois en présence de l’interne :  |  |
| Etudes réalisées par l’interne dans le service (titre, nature, mémoires d’internat, projet d’UV, etc.) |  |
| Nombre de gardes par mois |  |
| 1. **Encadrement et moyens**
 |
| Nombre de PH temps plein : |  | Nombre de PH temps partiel |  |
| Nombre d’assistants : |  | Autres : |  |
| Nombre de postes d’internes dans le service (y compris les FFI) : |  |  |
| 1. **Implication du service dans la formation et la recherche**
 | Oui/Non | Fréquence : | Existe-t-il une bibliothèque dans le service ou l’établissement ? |  |
| Réunion d’enseignement destinées exclusivement aux internes : |  |  |  |  |
|  | Oui/Non | Fréquence : |  |
| Réunion médicales de service (discussions de dossiers, exposés, etc.) destinées aux « seniors » et aux internes ? |  |  | Les internes disposent-ils dans l’établissement d’un bureau avec téléphone et ordinateur (avec accès Internet) pour travailler ? |  |
| Le service fait-il des publications régulièrement ? |  |  | Les internes ont-ils la possibilité de recourir, sur place et en permanence, à un sénior du service ? |  |
| Réunions de bibliographie : |  |  | Concernant les internes, avez-vous formalisé dans votre service un projet pédagogique écrit ? Si oui, le jointe. Dans le cas contraire, ce projet pédagogique doit être rédigé. **Dans les deux cas, ce document est à transmettre exclusivement au coordonnateur concerné.** |  |
| Encadrement des internes aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteurs. |  |  |  |
| 1. **Evaluation**
 |
| Un processus d’évaluation concernant la formation est-il organisé ? |  |  |  |
| Des évaluations en cours de stage permettent-elles d’apprécier l’acquisition des compétences de l’interne ? |
| 1. **Projet de service et projet pédagogique à joindre (1 à 2 pages) – A transmettre exclusivement au(x) coordonnateur(s)**
 |
| 1. **Agrément**
 |
| **7-1- Si la demande d’agrément est faite à la suite d’un changement de chef de service, préciser le nom de ce dernier :** |
| **7-2 – Agrément demandés pour la phase socle :** | **Cocher la ou les cases concernées :** |
| * **Bactériologie-Virologie**
 |[ ]
| * **Biochimie-Biologie Moléculaire**
 |[ ]
| * **Hématologie**
 |[ ]
| * **Stages Libres (Préciser la discipline)**
 |   |
| **7-3 – Agréments demandés pour les options précoces (agrément principal biologie médicale)**  | **Biologie Générale** | **Médecine moléculaire – Génétique - Pharmacologie** | **Hématologie et Immunologie** | **Agents infectieux** | **Biologie de la reproduction** |
| * **Biochimie-Biologie Moléculaire**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Pharmacologie – Toxicologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Hématologie et Immunologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Hématologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Immunologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Bactériologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Virologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Hygiène hospitalière**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Parasitologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Mycologie**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Génétique moléculaire et Cytogénétique**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Biologie de la reproduction**
 |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| * **Pour la phase d’approfondissement**
 |[ ]
| * **Pour la phase de consolidation**
 |[ ]
| **7-4-Agrément pour une FST :** | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| **Si oui, laquelle :** |
| **Le directeur de l’établissement : Le chef de service :** |