 

**DEMANDE D’AGRÉMENT DES SERVICES**

# POUR LE TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES ODONTOLOGIQUES

**POUR L’ANNEE UNIVERSITAIRE ………… /…………..**

#### QUESTIONNAIRE TYPE POUR LA SPECIALITE,

**CHIRURGIE ORALE**

(uniquement pour les nouvelles demandes d’agrément, les demandes de renouvellement d’agrément ainsi que pour les agréments dans les services ayant subi des modifications substantielles d’organisation en cours d’année (changement de chef de service…)

**Ce questionnaire dûment rempli, doit être accompagné d’un projet pédagogique**

**(Arrêté du 18/10/2017 pour la Chirurgie Orale Réforme du 3ème cycle)**

|  |
| --- |
| **ETABLISSEMENT :** |
| Nom et adresse de l’établissement : |
| Nom de la personne responsable du dossier :Téléphone (bureau des affaires médicales) : |
|  |  |
| 1. **Activité du service.**
 | Est-il un CHU, un CHG, un CH PSPH, autre établissement public ? |
| Nom du pôle :Nom du service ou de l’unité de soins :  | Téléphone :Téléphone :  |
| Nom du responsable de pôle : | Nombre de postes de soins :  |
| Nom du chef de service ou de l’unité de soins :  | Nombre annuel de consultations externes : |
| Nombre de rendez-vous de soins par an :  | Nombre de postes soins pour le DES de Chirurgie orale :  :  |
| nombre maximal d’internes pouvant être accueillis : |
| Nombre moyen de rendez-vous pour la prise en charge d’un patient : |
|  PPrincipales pathologies traitées dans le service en Chirurgie Orale:  |
|   |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **1 Responsabilités confiées à l’interne. Phase socle. (Année 1)**
 | Oui/Non | Présence dans le service : |
| Autonomie de prescription pour les examens complémentaires : |  | Horaire journalier moyen par interne : |  |
| Autonomie de prescription pour les traitements : | Nombre de CV\* en semaine : |  |
| Y a-t-il des demi-journées (en semaine) où l’interne est le seul odontologiste du service ? |  | Nombre de CV\* le week-end : |  |
| Possibilité permanente pour l’interne de recourir à un « senior » du service sur place ? |  |  |  |
| Comptes rendus d’hospitalisation effectués par l’interne ? |  | Nombre de gardes par mois : |  |
| Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ? |

\* CV = contre visite

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **2 Responsabilités confiées à l’interne. Phase d’approfondissement. (Années 2 et 3)**
 | Oui/Non | Présence dans le service : |
| Autonomie de prescription pour les examens complémentaires : |  | Horaire journalier moyen par interne : |  |
| Autonomie de prescription pour les traitements : | Nombre de CV\* en semaine : |  |
| Y a-t-il des demi-journées (en semaine) où l’interne est le seul odontologiste du service ? |  | Nombre de CV\* le week-end : |  |
| Possibilité permanente pour l’interne de recourir à un « senior » du service sur place ? |  |  |  |
| Comptes rendus d’hospitalisation effectués par l’interne ? |  | Nombre de gardes par mois : |  |
| Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **3 Responsabilités confiées à l’interne. Phase de Consolidation / Dr Junior**

 **(Année 4)** |  | Présence dans le service : |
| Autonomie de prescription pour les examens complémentaires : |  | Horaire journalier moyen par interne : |  |
| Autonomie de prescription pour les traitements : | Nombre de CV\* en semaine : |  |
| Y a-t-il des demi-journées (en semaine) où l’interne est le seul odontologiste du service ? |  | Nombre de CV\* le week-end : |  |
| Possibilité permanente pour l’interne de recourir à un « senior » du service sur place ? |  |  |  |
| Comptes rendus d’hospitalisation effectués par l’interne ? |  | Nombre de gardes par mois : |  |
| Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ? |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Encadrement et moyens.**
 | Encadrement des gardes (odontologistes/médecins/sur place). |
| Nombre de PU-PH :Nombre de MCU-PH temps plein :Nombre de PH temps plein : |  | Odontologiste(s) / médecin(s) « senior » : |  |
| Nombre de MCU-PH temps partiel :Nombre de PH temps partiel : |  |  |  |
| Nombre d’assistants AHU/assistants spécialistes temps partiel :Nombre d’assistants AHU/assistants spécialistes temps plein : |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Implication du service dans la formation**

 **et la recherche.** |  Oui/Non | Fréquence : | Existe-t-il une bibliothèque dansle service ou l’établissementavec accès internet ? | Oui/Non |
| Avez-vous formalisé des objectifs de formation dans votre service (si oui, à joindre) ? |  |  |
| Réunions d’enseignement destinées exclusivement aux internes : |  |  | Les internes disposent-ils dansl’établissement d’un bureauavec téléphone pour travailler ? |  |
| Réunions médicales de service (discussion de dossiers, exposés, etc.) destinées aux « seniors » et aux internes et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ? |  |  |  |  |
|  Le service fait-il des publications régulièrement ? |  |  | En moyenne, lors d’une visite en salle, quel temps prenez-vous pour l’enseignement formel des internes au fauteuil /lit du malade (en minutes) ? |  |
| Réunions médicales multiservices : |  |  |
| *Réunions* de bibliographie : |  |  |  |  |
| Encadrement des internes aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteurs. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. Evaluation.** | *Oui/Non* | *Fréquence :* | Explications / commentaires |
| Recevez-vous en entretien individuel l’interne durant son stage ? |  |  |  |
| Des évaluations en cours de stage permettent-elles d’apprécier l’acquisition des compétences de l’interne ? |  |  |  |
| La fiche d’évaluation de fin de stage est-elle rédigée au cours d’un entretien formalisée avec l’interne ? |  |  |  |

|  |
| --- |
| **6. Projet pédagogique à joindre :** quels sont les objectifs de formation pratiques et théoriques des internes dans le service ? |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Agrément.** |  |
| Agrément demandé pour le DES de Chirurgie Orale  | OUI/NON | Agrément antérieurement obtenu ? Si oui indiquez l’année d’ahbilitation |
| Phase socle |  |  |
| Phase d’approfondissement |  |  |
| Phase de consolidation |  |  |
| Le directeur de l’établissement : Le chef de service : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Avis de la commission d’inter-région***pour le DES de Chirurgie Orale :*** | **Phase socle** | **Phase** **d’approfon-****dissement** | **Phase de consolidation** |
| 1. Agrément sans réserve pour une période de cinq ans
 |  |  |  |
| 1. Agrément conditionnel d’un an maximum assorti de recommandations
 |  |  |  |
| 1. Refus d’agrément motivé
 |  |  |  |
| Date :Signature du président de la Commission |   |