

**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 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |