QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D’AGREMENT DES STAGES EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES – PHASE SOCLE et PHASE D’APPROFONDISSEMENT

**1 - IDENTIFICATION DE L’ETABLISSEMENT :**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE L’ETABLISSEMENT |  |
| ADRESSE |  |
| Nom de la personne responsable du dossier |  |
| Téléphone (bureau des Affaires Médicales) |  |

**2 - ACTIVITE DU SERVICE :**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DU SERVICE |  |
| Est-il un CHU, un CHG, un CH PSPH, autre établissement public ? |  |
| Nom du Chef du Service |  |
| Téléphone |  |
| Nombre de lits installés |  |
| Nombre de lits par interne |  |
| Nombre de consultations |  |
| Nombre d’entrées par an |  |
| Durée moyenne du séjour |  |
| Nombre de postes D.E.S. |  |
| Principales pathologies traitées dans le service (indiquer les cinq premiers groupes homologués de maladies PMSI) | -  -  -  -  - |

**3 – RESPONSABILITES CONFIEES A L’INTERNE**

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

**4 – ENCADREMENT ET MOYENS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de PH temps plein |  |
| Nombre de PH temps partiel |  |
| Nombre d’assistants |  |
| Nombre de visites encadrées par semaine |  |
| ENCADREMENT DES GARDES (médecins sur place) | |
| Urgentiste : |  |
| Réanimateur : |  |
| Médecin « senior » : |  |
| Autres : |  |

**5 – IMPLICATION DU SERVICE DANS LA FORMATION ET LA RECHERCHE**

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

**6 – EVALUATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Un processus d’évaluation concernant la formation est-il organisé ? | Oui  Non | Fréquence : |
| Des évaluations en cours de stage permettent-elles d’apprécier l’acquisition des compétences de l’interne ? | Oui  Non | Fréquence : |

**7 – PROJET PEDAGOGIQUE DU SERVICE (à joindre voir notice)**

**8 – AGREMENTS DEJA OBTENUS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Année : |
| 2. | Année : |
| 3. | Année : |
| 4. | Année : |
| 5. | Année : |

Signature et cachet du Chef de Service :

Signature et cachet du Directeur de l’Etablissement :

|  |  |
| --- | --- |
| ***NE PAS REMPLIR LES CASES CI-DESSOUS*** | |
| AVIS DE LA COMMISSION DE SUBDIVISION | |
| 1 – Agrément sans réserve pour une période de 5ans | Oui  Non |
| 2 – Agrément conditionnel d’un an maximum assorti de recommandations | Oui  Non  Recommandations : |
| 3 – Refus d’agrément motivé | Oui  Non  Motivation du refus : |
| Date : | Signature du Président ou de son représentant : |