|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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-) |
| 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 - PROJET DE SERVICE (ou de pôle) A JOINDRE *(2 pages maximum)* :** | | |
| **6 – AGREMENT(s) demandé(s) spécialité et/ou discipline** | | |
| **7 – S’agit-il d’une première demande ou d’un renouvellement** | | |
| Agréments déjà obtenus *(discipline)* : | | Année |
| 1- | |  |
| 2- | |  |
| 3- | |  |
| **Le Directeur de l'établissement :** |  | |
| **Le Chef de Pôle :** | **Le Chef de Service et/ou responsable pédagogique :** | |
| **Avis de la commission de subdivision :** | | |
| 1- Agrément sans réserve pour une période de cinq ans | | |
| 2- Agrément conditionnel d'un an maximum assorti de recommandations | | |
| 3- Refus d'agrément motivé | | |
| **Date** | **SIGNATURE DU PRESIDENT OU DE SON REPRESENTANT** | |