|  |
| --- |
| **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 pouvant être accueilli par semestre dans le service** *(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** |