

**DEMANDE D'AGREMENT DES LIEUX DE STAGE AU TITRE D'UNE SPECIALITE,
EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES**

**DES d'Anatomie et cytologie pathologique
DESC de Neuropathologie, Dermatopathologie, Foetopathologie**

Année universitaire 2017-2018

AGREMENTS DEMANDES (liste et réglementation des DES et des DESC des 2 arrêtés du 22 septembre 2004)

D.E.S : Anatomie et cytologie pathologique

Nouvelle demande Renouvellement Changement de responsable ou de périmètre

D.E.S.C :

1.Intitulé

Nouvelle demande Renouvellement Changement de responsable ou de périmètre

2.Intitulé

Nouvelle demande Renouvellement Changement de responsable ou de périmètre

3.Intitulé

Nouvelle demande Renouvellement Changement de responsable ou de périmètre

PRECISION DU MOTIF DE LA DEMANDE D'AGREMENT

Si renouvellement, date de la précédente demande :

Si changement de responsable médical, nom du précédent responsable médical :

.....

Si changement de périmètre du lieu de stage, précédent périmètre :

.....

ETABLISSEMENT

Catégorie de l'établissement :

CHU

CH

ESPIC

Etablissement privé autre que d'intérêt collectif

Activité ambulatoire

Autre (à préciser) :

Nom et Adresse de l'établissement :

Responsable administratif du dossier :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

STRUCTURE INTERNE (Service, UF ou toute autre structure interne)

Dénomination de la structure interne :

Responsable de la structure interne:

Nom :

Prénom :

Fonction :

Spécialité du responsable :

Téléphone :

Adresse électronique :

NB : Le responsable médical du lieu de stage doit être diplômé de la spécialité sollicitée.

Le responsable médical du terrain de stage exerce - t-il à temps plein ? OUI NON

Date de sa nomination en qualité de responsable médical de la structure interne :

Date de fin, le cas échéant (si départ à la retraite ou autre programmé dans les 5 ans) :

Joindre au dossier le *Curriculum Vitae* du responsable de la structure interne (2 pages maximum).

Dénomination du Pôle auquel appartient la structure interne :

Nom et prénom du chef de Pôle :

Téléphone du chef de Pôle :

Adresse électronique du chef de Pôle :

Coordonnateur local de la Spécialité :

Cette demande d'agrément a-t-elle fait l'objet d'un échange préalable avec le coordonnateur local ? : Oui Non

Activité de la structure interne :

Nombre de consultations par an (données 2016) :

La structure interne est - elle un Centre de Référence ou de Compétence ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Caractérisation en 3 points du ou des domaines d'activité du terrain de stage:

-1)

- 2)

- 3)

- 4) Autres

Préciser les domaines d'activités spécifiques n'existant pas en CHU :

ENCADREMENT ET MOYENS

Nombre de médecins qualifiés dans la structure interne :

- Hospitalo-Universitaires : PU-PH : MCU-PH : CCA/AHU :

- PH temps plein (ou statut sénior équivalent si ESPIC) :

- PH temps partiel (ou statut sénior équivalent si ESPIC) :

- Assistants de plein exercice (ou statut sénior équivalent si ESPIC) :

Nombre de « séniors » diplômés de la spécialité (par DES/DESC postulé) :

Présence d'un « sénior » de la structure interne sur place en permanence :

Oui Non

Mise à disposition d'un bureau pour l'interne : Oui Non

Nombre d'interne(s) par bureau :

Le bureau est-il équipé d'un téléphone ? Oui Non

Le bureau est-il équipé d'un ordinateur ? Oui Non

L'interne a-t-il accès à une bibliothèque virtuelle ? Oui Non

L'interne a-t-il accès à internet ? Oui Non

RESPONSABILITES CONFIEES A L'INTERNE

Nombre de postes d'internes dans la structure interne :
(détailler les spécialités des internes) :

Nombre maximal d'internes issus des ECN que vous estimez pouvoir former/semestre :



Nombre de DFMS/DFMSA présents dans la structure interne en 11/2016 :

Horaire journalier moyen par interne :

- Heure d'arrivée à la structure interne :
- Heure de départ de la structure interne :

Analyses réalisées par l'interne :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Relecture systématique des analyses par un « sénior » :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Compte-rendus d'analyse réalisés par l'interne :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Existe-t-il une activité d'analyse extemporannée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

L'interne participe-t-il à des réunions multidisciplinaires :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Standards | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Réunions de Concertation Pluridisciplinaires | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
- Si Oui, lesquelles :

Quels sont les principaux gestes techniques ou compétences enseignés sur le lieu de stage ?

L'interne participe-t-il aux gardes des Urgences ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un « sénior » est-il joignable en permanence lors de la garde ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un « sénior » est-il présent sur place en permanence lors de la garde ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
L'interne participe-t-il aux gardes sur le lieu de stage?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un « sénior de la spécialité » est-il joignable en permanence lors de la garde ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un « sénior de la spécialité » est-il présent sur place en permanence lors de la garde ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un réanimateur est-il présent en permanence sur le site de l'Hôpital ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Nombre moyen de gardes par mois (aux urgences ou sur le lieu de stage) :				

Le repos de sécurité est-il appliqué dès la fin de la garde ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

L'interne participe-t-il à une astreinte sur le lieu de stage ?

- Astreinte opérationnelle : Oui Non Si oui, nombre / mois :

- Astreinte de sécurité : Oui Non Si oui, nombre / mois :

Un « sénior de la spécialité » est-il présent ou joignable en permanence lors de l'astreinte ?

Oui Non

SOUTIEN ET EVALUATION DE LA FORMATION ET LA RECHERCHE

		Nombre/semestre
Réunions d'enseignement destinées aux internes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Réunions de bibliographie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Participation de l'interne à des congrès nationaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Participation de l'interne à des congrès internationaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Publications de l'interne : - Communication affichée (poster) à un congrès - Communication orale à un congrès - Article pédagogique - Cas clinique ou article original	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Possibilité pour l'interne de disposer en moyenne de 2 demi-journées/semaine de formation universitaire - Si non, pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Une évaluation de la formation est-elle organisée :

- Localement Oui Non

- Nationalement Oui Non

L'acquisition des compétences de l'interne est-elle évaluée ? Oui Non

Si Oui, comment ?

PROJET PEDAGOGIQUE

Existe-t-il un projet pédagogique **écrit** assuré par un « sénior » de la structure interne ?

Oui Non

Ce projet doit développer les aspects **Diagnostic**, **Enseignement** et **Recherche** du terrain de stage (maximum 2 pages à joindre en annexe)

Si plusieurs agréments sont demandés, un projet pédagogique par DES/DESC postulé est exigé.

Ce projet pédagogique est-il exposé à l'interne lors d'un entretien en début de stage ?

Oui Non

Le terrain de stage a-t-il fait l'objet d'un accord « d'agrément » auprès :

- du Conseil National des Universités ? Oui Non

- du Collège National des Enseignants ? Oui Non

Si oui, merci de joindre le document à la demande (A compacter le cas échéant, 2 pages maximum).

Le Responsable médical s'engage à apporter tout complément utile au coordonnateur local et aux membres de la commission d'agrément sur demande.

A, le

Le Responsable Médical du lieu de stage,

Le Directeur,