

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

**Radiodiagnostic et Imagerie Médicale - Médecine nucléaire**

**Année universitaire 2017-2018**

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

**D.E.S :**

**1.Intitulé**

- Nouvelle demande    Renouvellement    Changement de responsable ou de périmètre

**2.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  
 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 :

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

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

-1)

- 2)

- 3)

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

## EQUIPEMENTS ET RESPONSABILITES CONFIEES A L'INTERNE

Nombre de postes d'internes issus des ECN 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 le service en 11/2016 :

Horaire journalier moyen par interne :  
- Heure d'arrivée à la structure interne :  
- Heure de départ de la structure interne :

Equipement du lieu de stage	Nb d'appareils	Nb d'examens/an	Accès de l'interne à cet équipement
Radiologie conventionnelle			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Echographe			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Imagerie mammaire			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ostéodensitométrie			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scanographe			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IRM			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gamma caméra			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TEP-TDM			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Radiologie interventionnelle			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (préciser) :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Existe-t-il une activité d'imagerie pédiatrique ?  Oui  Non  
Existe-t-il une activité d'urgence ?  Oui  Non  
Existe-t-il une activité d'imagerie spécifique ?  Oui  Non  
Si oui, la(les)quelles(s) :

Interprétation des examens par l'interne :  Oui  Non  
Relecture systématique des comptes rendus par un sénior :  Oui  Non

Principales « spécialités » enseignées (imagerie cardiaque, viscérale, neurologique, etc) :

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

L'interne participe-t-il aux gardes des Urgences ?  Oui  Non

Un « sénior » est-il joignable en permanence lors de la garde ?  Oui  Non

Un « sénior » est-il présent sur place en permanence lors de la garde ?  Oui  Non

L'interne participe-t-il aux gardes sur le lieu de stage?  Oui  Non

Un « sénior de la spécialité » est-il joignable en permanence lors de la garde ?  Oui  Non

Un « sénior de la spécialité » est-il présent sur place en permanence lors de la garde ?  Oui  Non

Un réanimateur est-il présent en permanence sur le site de l'Hôpital ?  Oui  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 médicales de la structure interne (présentation de dossiers, exposés)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Réunions avec les internes pour la révision des dossiers des sortants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Revue de morbi-mortalité	<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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication affichée (poster) à un congrès</li> <li>- Communication orale à un congrès</li> <li>- Article pédagogique</li> <li>- Cas clinique ou article original</li> </ul>	<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	
<b>Possibilité pour l'interne de disposer en moyenne de 2 demi-journées / semaine de formation universitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si non, pourquoi ?</li> </ul>	<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 **Soins**, **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,**