

QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT DES STAGES EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES

Etablissement :		Adresse :	
Nom de la personne responsable du dossier :		Téléphone (bureau des affaires médicales) :	
1/ ACTIVITE DU SERVICE		Le service est il : <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (entourer la mention correspondante)	
Nom du service :	Téléphone :	E Mail :	
Nom du chef de service :	Nombre de lits installés :	Nbre de postes d'internes de spécialités :	
Nombre de lits par interne :	Nombre de consultations :	Nbre de postes d'internes de méd. générale :	
Nombre d'entrées / an :			
Durée moyenne du séjour :			
Principales pathologies traitées dans le service (indiquer les cinq premiers groupes de malades homogènes de maladie PMSI) :			
2/ L'INTERNE			
Responsabilité de l'interne	Oui/Non	Présence dans le service	
Autonomie de prescription pour les examens complémentaires :	Oui/Non	Horaire journalier moyen hors contre visite (CV) :	
Autonomie de prescription pour les traitements:	Oui/Non	Nombre de CV en semaine :	
Y a-t-il des 1/2 journées (en semaine) où l'interne est le seul médecin du service ?	Oui/Non	Nombre de CV le week-end :	
Possibilité permanente pour l'interne de recourir à un senior du service sur place ?	Oui/Non	Nombre de gardes / mois ?	Nombre d'astreintes/mois ?
Comptes rendus d'hospitalisation effectués par l'interne ?	Oui/Non	Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ?	

3/ ENCADREMENT ET MOYENS		Encadrement des gardes (médecins sur place):	
Nombre de PH temps plein :		Urgentiste(s) :	
Nombre de PH temps plein titulaire de la spécialité :		Réanimateur(s) :	
Nombre de PH temps partiel :		Médecin(s) "seniors" :	
Nombre de PH temps partiel de la spécialité :		Autres :	
Nombre d'assistants :			
Nombre de visites encadrées/semaine :			
4/ LA FORMATION ET LA RECHERCHE			
Implication du service dans la formation et la recherche	Oui/Non	Fréquence :	Existe-t-il une bibliothèque dans le service ou l'établissement avec accès Internet ?
Avez vous formalisé des objectifs de formation	Oui/Non		Les internes disposent ils d'un bureau avec téléphone pour travailler ?
Réunions d'enseignement destinées exclusivement aux internes ?	Oui/Non		Le service fait-il des publications régulièrement ?
Réunions médicales de service (discussions de dossiers, exposés, etc..) destinées aux "seniors" et aux internes et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ?	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) ?
Réunions médicales multiservices ?	Oui/Non		Concernant les internes, avez-vous dans service un projet pédagogique écrit ? Si oui, le joindre
Réunions de bibliographie ?	Oui/Non		
Encadrement des internes aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteur ?	Oui/Non		Réunions avec les internes pour la révision des dossiers des sortants ?
5/ EVALUATION			
Un processus d'évaluation concernant la formation est -il organisé ?			Oui/Non
Des évaluations en cours de stage permettent elles d'apprécier des compétences de l'interne ?			Oui/Non
6/ PROJET PEDAGOGIQUE A JOINDRE			

7 / AGREMENT	
Agréments déjà obtenus :	Année
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
Autres :	
Le directeur de l'établissement :	Le chef de service :
Avis de la Commission de Subdivision	
1/ Agrément sans réserve pour une période de 5 ans	Oui/Non
2/ Agrément conditionnel assorti de recommandations :	
3/ Refus d'agrément motivé par écrit	
Date :	Signature du président de la Commission d'Agrément