

# Dossier de demande d'agrément

## Phase d'Approfondissement 2021

Agréments des Services – D.E.S. de Biologie Médicale – Subdivision de Toulouse – Région Occitanie

*Pour la PHASE d'Approfondissement, l'agrément se fera en tenant compte de l'ensemble des réponses. Aucun item (y compris le volume d'activité) n'a de valeur absolue.*

### Identification de l'établissement

Nature : CHU  CHR  CH  ESPIC   
Établissement privé autre que d'intérêt collectif  Autre(s)

Nom : **Centre Hospitalier de Carcassonne**

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal/ commune :

Téléphone :

### Identification du pôle, de la structure et du maître de stage demandant l'agrément

Pôle d'activité (le cas échéant pour les établissements hospitaliers) :

Nom du pôle :

Nom du chef de pôle (Titre : Pr, Dr ou civilité, nom et prénom) :

Structure (le cas échéant si différent de l'Ets., comme les structure internes hospit. (service, unité, secteur, etc.) ou extra-hospit, voire ambulatoire) :

Nom de la structure : **Laboratoire de biologie médicale**

Spécialité de la structure : **Biologie générale**

Responsable de la structure (si différent de l'Ets., indiquez structure hospitalière (service, département, unité ou secteur) ou extra-hospit.) :

Nom (Titre : Pr, Dr ou civilité, nom et prénom) :

Numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) :

Tél. : ..... Poste : ..... Courriel : .....

Date et signature du directeur  
de l'Ets. ou de la structure

Date et signature du  
Chef de pôle

Date et signature  
du resp. de la structure

## AGRÉMENT PHASE d'APPROFONDISSEMENT

Activité du service/an

**Nombre de B + BHN :**

(Il n'y a pas de minimum quantitatif *a priori* au niveau de cet item pour être agréé).

**Thématiques biologiques et pôles d'activités :**

**Principales techniques mises en œuvre sur site :**

**Pourcentage d'actes accrédités à la date de la demande :**

### I. Biologistes formateurs

Indiquez le nom et la fonction des biologistes qui participent effectivement dans le service à la formation des internes, dans la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

Nom	Fonction

**Le(s) biologiste(s) est(sont)-il(s) disponible(s) pour la formation sur site ?**

OUI

NON

## II. Modalités de formation de l'interne

**L'interne a-t-il possibilité de formation à la totalité des objectifs spécifiques de la spécialité (voir liste) ?** OUI  NON

Si non, énoncez les objectifs manquants :

.....  
.....  
.....

Pour les objectifs qui ne peuvent être atteints, quelle(s) modalité(s) proposez-vous pour les assurer ?

.....  
.....  
.....

**Existe-t-il un enseignement formalisé**

**de formation pratique ?** OUI  NON

**de formation théorique ?** OUI  NON

**L'interne participe-t-il à des réunions de discussion de dossiers cliniques ou technique dans le service ?**

OUI  : fréquence par mois (1, 2, 3...) : ..... NON

**L'interne participe-t-il à des réunions de bibliographie sur site ?**

OUI  : fréquence par mois (1, 2, 3...) : ..... NON

**L'interne participe-t-il à des réunions inter services biologiques ou cliniques ?**

OUI  : fréquence par mois (1, 2, 3...) : ..... NON

**Une formation aux prélèvements pour les examens de la spécialité concernée est-elle organisée lors du stage de l'interne ?** OUI  NON

### III. Activité et responsabilités de l'interne au sein du service et du GH

Effectue-t-il une rotation entre les différentes activités du service ? OUI  NON

Acquiert-il la responsabilité de la validation biologique des résultats ? OUI  NON

de l'ensemble des résultats ? OUI  NON

d'une partie des résultats ? OUI  NON

Doit-il prendre en charge une activité technique ? OUI  NON

Si oui, laquelle ? (en clair) :

.....  
.....

Implication du GH dans la formation des internes de la phase socle (si nécessaire) :

OUI  NON

Si oui, laquelle ? (en clair) :

.....  
.....

### IV. Participation aux gardes et astreintes

L'interne participe-t-il à une garde ? OUI  : fréquence/mois (1, 2, 3...) : NON

Si oui, les gardes ont-elles lieu dans votre spécialité ? OUI  NON

L'interne participe-t-il à une astreinte ? OUI  : fréquence/mois (1, 2, 3...) : NON

Si oui, les astreintes ont-elles lieu dans votre spécialité ? OUI  NON

Nature de la garde :

Technique : OUI  NON

Validation biologique : OUI  NON

Sénior sur place ? OUI  NON  Sénior joignable par tél. ? OUI  NON

## V. Informatique - Documentation

L'interne a-t-il accès à un poste informatique ? OUI  NON

Cet accès est-il réservé aux internes ? OUI  NON

Cet accès est-il partagé ? OUI  NON

Quels sont les moyens d'accès de l'interne à l'information scientifique et médicale ?

## VI. Recherche

Le service est-il lié à un organisme de recherche (Université, autres, etc.) ? OUI  NON

Si oui, indiquez la nature, l'intitulé et le numéro de l'équipe :

.....  
.....

## VII. Publications

*Indiquez vos publications qui reflètent l'activité de recherche de votre service en rapport avec la présence des internes ou dans lesquelles les internes ont été co-auteurs.*

1

## VIII. Commentaire général – projet pédagogique

Résumez les caractéristiques de votre service qui le rendent formateur pour les internes phase approfondissement.

Diversité de l'activité proposée.