

## Phase d'Approfondissement 2021-2022

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 :**

**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 :**

**Spécialité de la structure :**

**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 demandé à titre principal**

Et proposé par le Coordonnateur du DES de Biologie Médicale, le Professeur Peggy Gandia

Option : Biologie Générale

- Domaines :
- Biochimie-Biologie Moléculaire
  - Pharmacologie-Toxicologie
  - Hématologie
  - Immunologie
  - Bactériologie
  - Virologie
  - Hygiène Hospitalière
  - Parasitologie
  - Mycologie

Option : Médecine Moléculaire-Génétique et Pharmacologie

- Domaines :
- Biochimie-Biologie Moléculaire
  - Génétique Moléculaire et Cytogénétique
  - Pharmacologie et Toxicologie

Option : Hématologie et Immunologie

- Domaines :
- Hématologie
  - Immunologie

Option : Agents Infectieux

- Domaines :
- Bactériologie
  - Virologie
  - Hygiène Hospitalière
  - Parasitologie
  - Mycologie

Option : Biologie de la reproduction

- Domaine :
- Biologie de la reproduction

**Veillez-vous rapprocher du Coordonnateur pour toute demande de précisions ou demande de changement d'option ou de domaines.**

## 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.