

Dossier de demande d'agrément Phase Socle

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

Agrément demandé à titre principal

Agrément demandé à titre principal libre

*Pour la PHASE SOCLE, 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'étab., comme les structure internes hospit. (service, unité, secteur, etc.) ou extrahospit., voire ambulatoire) :

Nom de la structure :

Spécialité de la structure :

Responsable de la structure (si différent de l'étab., indiquez structure hospitalière (service, département, unité ou secteur) ou extrahospit.) :

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'étab. ou de la structure

Date et signature du
chef de pôle

Date et signature
du resp. de la structure

AGRÉMENT PHASE SOCLE

I. 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 :

.....

II. 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

III. 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

IV. 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 (ni nécessaire) :

OUI NON

Si oui, laquelle ? (en clair) :

.....
.....

V. 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

VI. 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 ?

.....

.....

.....

.....

VII. 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 :

.....

.....

VIII. 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.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

