|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT n° FINESS** | | |
| **NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** | | |
| **NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ADMINISTRATIF** | | |
| **TELEPHONE (bureau des affaires médicales) :** | | |
| **Est-il CHU, CH, ESPIC, autre établissement public, structure privée ?** | | |
|  | | |
| **1 - ACTIVITE DU POLE / SERVICE / UNITE FONCTIONNELLE** |  | |
| NOM DU SERVICE OU DE LA STRUCTURE INTERNE : | | Spécialité du chef de service |
| NOM DU CHEF DE POLE  NOM DU REFERENT PEDAGOGIQUE de l’interne | | Téléphone  Mail : |
|  | |  |
| Nombre de lits installés : | |  |
| Nombre de consultations par an :  Durée moyenne d’un séjour : | | |
| Principales pathologies traitées dans le service *(indiquer les 5 premiers groupes homogènes de malades PMSI)* | | |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |
| **2 - RESPONSABILITES CONFIEES A L'INTERNE** | **oui/non** |  |
| Y a-t-il des demi-journées (en semaine) où l'interne est le seul médecin du service ? |  | **Présence dans le service :** |
| Autonomie de prescription pour les traitements ? |  | Nombre de CV en semaine |
| Autonomie de prescription pour les examens complémentaires ? |  | Nombre de CV le week-end |
| Possibilité pour l’interne de recourir, sur place et en permanence, à un « senior » du service ? |  | Nombre de gardes par mois pour le service : |
| Comptes rendus d'hospitalisation effectués par l'interne ? |  | Horaire journalier moyen par interne (hors CV) |
| Nombre de postes d’internes ? |  |  |
| Quels sont les principaux gestes techniques enseignés dans le service ? |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3 - ENCADREMENT ET MOYENS** |  |  |
| Nombre de PU-PH : |  |  |
| Nombre de PH temps plein :  Nombre de PH temps partiel : |  |  |
| Nombre de MCU-PH temps plein :  Nombre MCU-PH temps partiel : |  |  |
| Nombre d’AHU temps plein :  Nombre d’AHU temps partiel : |  |  |
| Nombre de visites encadrées par semaine : |  |  |
| Encadrement des gardes (médecins sur place) | **Oui  Non** |  |
| Réanimateur : | **Oui  Non** |  |
| Urgentiste : | **Oui  Non** |  |
| Médecin « senior » : | **Oui  Non** |  |
| Autres : | **Oui  Non** |  |
|  |  |  |
| **4 - IMPLICATION DU SERVICE DANS LA FORMATION ET LA RECHERCHE** | **oui/non** | **Fréquence** (hebdomadaire, mensuelle, …) |
| Connaissez-vous les objectifs pédagogiques du DES de l’interne ? |  | Existe-il un projet pédagogique spécifique au service ? (Cf 6) **Si oui le joindre et dans le cas contraire ce projet doit être rédigé.** |
| Réunions médicales de service (discussion de dossiers, exposés, etc…) destinées aux "seniors" et aux internes et dans lesquelles les internes présentent des dossiers ? |  |  |
| Réunions médicales multiservices ? |  |  |
| Réunions de bibliographie (locales ou mutualisées : CHU /faculté) |  |  |
| Réunions avec les internes pour la révision des dossiers des sortants (Revue Mortalité Morbidité ?) |  |  |
| Encadrement des internes dans des travaux de recherche aboutissant à des présentations en congrès, des publications où les internes participent comme auteurs |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **5 - EVALUATION** | **oui/non** | **Expliciter (si besoin en joignant une annexe)** |
| Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ? comment ? |  |  |
| Un entretien d’accueil est-il organisé ? Offre de formation / besoins exprimés de l’interne ? |  |  |
| Des évaluations en cours de stage permettent-elles (ou permettront d'apprécier l'acquisition des compétences de l'interne ? |  |  |
| Organisez-vous une réunion spécifique pour le bilan de validation du stage ? |  |  |
| Commentaires : | | |
| **6 – AGREMENT : Projet de service (ou de pôle) :**  **Existe-il un projet pédagogique spécifique au service ?**  **Si oui le joindre obligatoirement et dans le cas contraire ce projet doit être rédigé.** | | |
| **6 -1 Si la demande d’agrément est faite à la suite d’un changement de responsable de service, préciser le nom de dernier chef de service et renvoyer un projet pédagogique de service :** | | |

**NOUVELLE DEMANDE D’AGREMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agréments demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 (bien préciser l’intitulé de la discipline) : (DES, FST, OPTION)** | |
|  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Intitulé de la discipline** | **Agrément Phase socle pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Approfondissement pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Consolidation pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| Le directeur de l’établissement : | Le responsable de service : |

Document à retourner par mail : [commissionagrement@univ-st-etienne.fr](mailto:commissionagrement@univ-st-etienne.fr) **avant le lundi 22 avril 2024**

Pour tout renseignement : 04-77-42-14-21 ou 27 **scolarité 3ème cycle spécialités**

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’AGREMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Renouvellements demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 (bien préciser l’intitulé de la discipline) : (DES, FST, OPTION)** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Intitulé de la discipline** | **Agrément Phase socle pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Approfondissement pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | **Agrément Phase Consolidation pour l’accueil d’internes issus des ECN à partir de 2017** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| Le directeur de l’établissement : | Le responsable de service : |

Document à retourner par mail : [commissionagrement@univ-st-etienne.fr](mailto:commissionagrement@univ-st-etienne.fr) **avant le lundi 22 avril 2024.**

Pour tout renseignement : 04-77-42-14-21 ou 27 **scolarité 3ème cycle spécialités**