



DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

 1^{ère} demande

 Renouvellement


LES CONDITIONS D'EXPERIENCE

Vous êtes pharmacien titulaire d'officine (A ou E) ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou minière (D) depuis au moins 2 années	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vous justifiez de 5 années d'exercice officiel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si vous ne remplissez pas ces 2 conditions, votre dossier n'est pas recevable

(Article 21 de l'Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie).

LE PHARMACIEN DEMANDEUR

PRESENTATION

Mme - M :

Dénomination de la pharmacie :

Adresse de l'officine :

Code postal : Ville :

Téléphone + portable : _____

E-mail :@.....

Superficie de l'officine m²

Structure administrative : Exploitation personnelle Exploitation en société :

Adresse du site Internet de l'officine

Intitulé du Diplôme

Date d'obtention

UFR de pharmacie de

Autre(s) diplôme(s) universitaire(s)

N° RPPS

Responsabilités éventuelles dans le domaine pharmaceutique et de la santé*

* Exemples : professeur ou maître de conférences associé, conseiller ordinal, association de maîtres de stage, association de malades, réseaux de santé, actions de formation continue, syndicat etc....

Si renouvellement d'agrément de maître de stage

Origine de la demande :						
- Echéance de l'agrément	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
- Changement de lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
Stagiaires formés durant la période d'agrément écoulee :	Total	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....
- Stage d'initiation						
- Stages d'application des enseignements thématiques						
- Stage de pratique professionnelle						
Si non, pourquoi ?						
Avez-vous fait partie d'un jury d'examen ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Si non, pourquoi ?						

Êtes-vous prêt(e) à y participer ? oui non

Votre capacité d'encadrement :

Quel est votre temps de présence hebdomadaire à l'officine : _____

Dans quels domaines vous êtes-vous formés ces 3 dernières années : _____

VOTRE FORMATION CONTINUE

Développement professionnel continu (DPC) :

- Suite à la loi HPST du 21 juillet 2009 : Obligation de participer au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré (décret 2011-2118 du 30 décembre 2011).

- Depuis le 1^{er} janvier 2017, tout pharmacien doit justifier, pour une période de 3 ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques (article 114 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Etes-vous en conformité avec cette obligation ? oui non

(joindre le justificatif d'un DPC à jour de l'ANDPC – synthèse triennale)

MISSIONNER UN PHARMACIEN ADJOINT « Maître de stage »: Vous avez la possibilité de missionner, à chaque stage, un pharmacien adjoint pour participer à la formation des stagiaires. Cette mission est à renouveler à chaque stage.

Envisagez-vous cette éventualité ? oui non

LA PHARMACIE

Etes-vous en règle avec l'arrêté annuel relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires ? oui non

EQUIPE OFFICINALE

✓ **Composition :**

Pharmacien(s) co-titulaire(s) ou associé(s) oui Combien ? _____ non

Pharmacien(s) adjoint(s) oui Combien ? _____ non

Etudiant(s) muni(s) d'un certificat de remplacement oui Combien ? _____ non

Autre(s) étudiant(s) salarié(s) (>3^{ème} année) oui Combien ? _____ non

Préparateur(s) en pharmacie oui Combien ? _____ non

Apprenti(s) préparateur(s) oui Combien ? _____ non

Autre(s) (préciser).....

✓ **Formation continue de l'équipe officinale (justificatifs des 3 dernières années à mettre à disposition) :**

- **DPC :**

DPC Pharmacien(s) Co-titulaire(s) oui non

DPC Pharmacien(s) adjoints(s) oui non

DPC Préparateurs en pharmacie oui non

- **Préciser les domaines de formation**

.....

- **Autres formations suivies (Hors DPC):**

.....

ACTIVITES DE L'OFFICINE

✓ **Mise en œuvre des missions de la loi HPST**

Contribution aux soins de premier recours oui non

Si oui, le(s)quel(s) ? (prévention, dépistage, conseil pharmaceutique etc....) :

Participation à la coopération entre professionnels de santé oui non

Si oui, dans quel cadre ?

Participation effective aux services de garde et d'urgence oui non
Si non, pourquoi?

Concours aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé oui non
Si oui, la ou lesquelles

Entretiens pharmaceutiques oui non
Si oui, le(s)que(s)

Eventuellement :

Participation à un programme d'ETP et aux actions d'accompagnement des patients oui non
Si oui, le(s)quel(s)

Pharmacien correspondant au sein d'une équipe de soins oui non

Pharmacien référent au sein d'un établissement médico-social dépourvu de PUI (ex : EHPAD) oui non

Autres types d'activités au sein de ce type d'établissement :

✓ **Participation à des réseaux (cancer, diabète, asthme, SIDA, addictions...) :**

✓ **HAD :**

✓ **Autres activités particulières :**

PREPARATOIRE :

Respect des Bonnes Pratiques de Préparations (BO 2007-7 bis) oui non

Balance contrôlée annuellement (Carnet métrologie à mettre à disposition) oui non

Moyenne des préparations effectuées mensuellement :

- A l'officine :

- Par une pharmacie sous-traitante :

ESPACE DE CONFIDENTIALITE PRESENT DANS L'OFFICINE oui non

L'EXERCICE OFFICINAL

DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Quand il existe :

Alimentez-vous le DP des patients ? oui non

Consultez-vous le DP des patients ? oui non

PROCESSUS DE DISPENSATION

Rédigez-vous des interventions pharmaceutiques ? oui non

Proposez-vous des plans de posologie pour les patients polymédiqués ? oui non

Proposez-vous des RDV pour des dispensations particulières ou des bilans de médication ? oui non

Formalisez-vous votre conseil pharmaceutique ? oui non

Contribuez-vous aux vigilances oui non

(pharmacovigilance et dépendance / erreurs médicamenteuses / qualité d'un médicament)

Autres :

QUALITE

Etes-vous engagé dans la Démarche Qualité à l'Officine (DQO) ?
(Si oui joindre le justificatif) oui non

Avez-vous débuté ou mis en place un système de management de la qualité ? oui non

Disposez-vous d'un responsable assurance qualité à l'officine ? oui non

Disposez-vous de référentiels, normes ou certification dans votre officine ? oui non

Si oui, lesquels :

CHARTRE D'ENGAGEMENT EN VUE DE L'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

Le maître de stage s'engage à respecter les points suivants qui constituent la charte d'engagement du maître de stage telle qu'elle est exprimée dans l'arrêté du 17 juillet 1987, modifiée par l'arrêté du 14 août 2003 - article 24 -

Le pharmacien s'engage à :

- avoir une disponibilité suffisante pour consacrer le temps nécessaire à la formation pratique du stagiaire ;
- inspirer au stagiaire le respect de la profession de pharmacien d'officine et lui donner l'exemple des qualités professionnelles requises, en particulier le respect de la législation, de la réglementation et de la déontologie ;
- suivre l'évolution du métier de pharmacien d'officine et participer aux formations concourant à la mise à jour des connaissances nécessaires à l'exercice du métier de pharmacien d'officine ;
- faire participer à la formation du stagiaire une équipe officinale qualifiée ;
- associer le stagiaire au suivi thérapeutique des patients et à la pratique de l'opinion pharmaceutique, en lui faisant prendre conscience de son rôle d'acteur de santé publique ;
- communiquer au stagiaire son expérience professionnelle, y compris les bases élémentaires de gestion d'une officine, et des relations humaines ;
- faciliter la participation du stagiaire aux réunions d'information et de formation se déroulant au cours du stage ;
- accepter l'évaluation du déroulement du stage et de la formation reçue par le stagiaire ;
- respecter le barème d'indemnisation des étudiants en pharmacie en stage de 6^{ème} année ;
- participer aux jurys de validation de stage.

Conformément au guide « Dispositif de Prévention et de prise en charge des violences sexuelles et sexistes pour les étudiants en Pharmacie » récemment publié par la Conférence des Doyens de Pharmacie :

Le pharmacien s'engage également à :

- faire appliquer / mettre en place des dispositifs de prévention et de prise en charge des violences sexistes et sexuelles.

A _____ le _____

Signature du maître de stage

Eventuellement, signature du pharmacien adjoint délégué par le maître de stage pour participer à la formation des stagiaires.