QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D’AGRÉMENT INTERNAT

# D’INTERNES PHASE SOCLE / APROFONDISSEMENT

# *PHARMACIE ET IPR*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et adresse de l’établissement :** |  |
| **Numéro FINESS** |  |
| **SIRET de l’établissement :** |  |
| Nom de la personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) :Téléphone :Mél :  |
| **Nature de l’établissement :** | * CHU
* CHG
* ESPIC
 | * Etablissement privé autre que d’intérêt collectif
* Autre (à préciser)
 |
| **1. Activité de la structure d’accueil** |
| Nom de la structure demandant l’agrément:(Précisez si: unité, service, département, pôle ou direction) |  |
| Nom du responsable de la structure:(Précisez si Dr. ou Pr.) |  | Mél Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| **2. Agrément** |
| **2-1 – Motif de la demande :*** Changement de responsable de la structure d’accueil ; si oui, préciser le nom du précédent responsable :
* Restructuration
* Nouvelle demande
* Première demande

2.2 – **Encadrement** : Service à encadrement universitaire :  Oui  Non |
| **2-2 – Agréments demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 pour le DES de Pharmacie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domaine demandé** | **Agrément pour l’accueil d’internes de phase socle** | **Agrément pour l’accueil d’internes de phase d’approfondissement** |
| **Pharmacie clinique – Prise en charge thérapeutique du patient (PCPT)** |  |  |
| **Technologies pharmaceutiques hospitalières – Contrôles (TPHC)** |  |  |
| **Dispositifs médicaux- Stérilisation - Hygiène hospitalière (DMSH)** |  |  |
| **Radiopharmacie (RPH)** |  |  |
| **Autre stage** |  |  |

2-3 **Agréments demandés au titre de l’année universitaire 2024-2025 pour le DES d’IPR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domaine demandé** | **Agrément pour l’accueil d’internes de l’Ancien Régime** |
| **Innovation pharmaceutique et recherche (IPR)** |  |

  |
| Le directeur de l’établissement : Le chef de service : |