QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D’AGRÉMENT INTERNAT

**POUR L’ACCUEIL DE DOCTEUR(S) JUNIOR(S)**

# *PHARMACIE*

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