

DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT
2026-2027 PRATICIEN-MAÎTRE DE STAGE
SPECIALITE

Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Nom d'épouse : _____ Date de naissance : _____

Sexe : ☐ F ☐ M

Informations Générales

Adresse Professionnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Informations Personnelles

Cursus

Année d'obtention du DES de : _____

Date de soutenance de thèse : _____

Université : _____

Année et
numéro d'inscription
au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins : _____

Année d'installation : _____

Diplômes et formations complémentaires
DESC ☐ Oui ☐ Non
Capacité ☐ Oui ☐ Non
DU/ DIU ☐ Oui ☐ Non

Lequel : _____
Laquelle : _____
Lesquelles : _____

Responsabilités professionnelles

Fonction exercée au sein de l'Ordre des médecins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Conseil Départemental <input type="checkbox"/> Conseil Régional <input type="checkbox"/> Conseil National
Membre de l'Union Régionale des Professionnels de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lesquelles : _____

Type d'exercice

<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Groupement
Si groupement quel type :	<input type="checkbox"/> SCM SEL <input type="checkbox"/> autre
<input type="checkbox"/> Maison de santé pluri professionnelle	
Conventionné :	<input type="checkbox"/> secteur 1 <input type="checkbox"/> secteur 2
Activité : <input type="checkbox"/> urbaine <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> semi rurale	Participation à la permanence des soins <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Activité particulière (ex homéopathie, <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui laquelle : _____
Participation à un réseau de santé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lequel : _____

Activités de recherche et d'enseignement

Êtes-vous membre du Collège national de ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à des congrès de <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels : _____
Participation à des travaux de recherche en pédiatrie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(joindre en annexe la liste des travaux et des publications,)
Participation à des groupes de travail d'organismes de santé (HAS, Ansm, INPES, Sociétés scientifiques) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lesquels : _____
Avez-vous déjà enseigné ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Au sein d'une Université : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui laquelle : _____ Autres, précisez : _____ Année : _____
Possédez-vous un DU de Pédagogie <input type="checkbox"/> : oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lequel : Université d'obtention : Année d'obtention :

Organisation du stage et accueil de l'interne

Organisation du stage

Nombre de maîtres de stage sur le site : _____	Nombre d'internes pouvant être accueillis : _____		
Nombre de bureaux dans le cabinet médical :	Salle réservée aux soins :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Secrétariat médical :	Permanence téléphonique :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Secrétariat sur place :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Informatisation : 1. Des dossiers des patients 2. De la gestion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Accueil de l'interne

Les internes disposent-ils d'un bureau ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Les internes ont-ils accès à une documentation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Abonnement à des journaux professionnels	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels :		
Ouvrages médicaux de référence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels :		
Inscription à des sites médicaux sur internet :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lesquels :		
Les internes ont-ils accès à internet ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Formation de l'interne

Avez-vous formalisé des objectifs de formation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réunion avec les internes (présentation des dossiers)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fréquence des réunions	_____ fois/ semaine	
Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réalisez-vous des évaluations en cours de stage afin de suivre l'acquisition des compétences de l'interne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez les modalités :		

Projet pédagogique

(Possibilité de le joindre en annexe accompagné d'un curriculum vitae du praticien).

[illegible]

A _____ le _____

Signature du praticien

[illegible]