

DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT 2024-2025

PRATICIEN-MAÎTRE DE STAGE

SPECIALITE ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Identification

Nom : Prénom :

Nom d'épouse : Date de naissance :

Sexe : ☐ F ☐ M

Informations Générales

Adresse Professionnelle :
.....
.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Téléphone portable :

Email :

Informations Personnelles

Cursus

Année d'obtention du DES d'Anatomie et cytologie pathologiques :

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

☐ Oui

☐ Non

☐ Conseil Départemental

☐ Conseil Régional

☐ Conseil National

Membre de l'Union Régionale des Professionnels de santé : ☐ Oui ☐ Non

Autres :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquelles :

.....

Type d'exercice

☐ Individuel

☐ Groupement

Si groupement quel type :

☐ SCM

☐ SEL

☐ autre

☐ Maison de santé pluri professionnelle

Conventionné :

☐ secteur 1

☐ secteur 2

Activité :

☐ urbaine

☐ rurale

☐ semi rurale

Participation à la permanence des soins :

☐ oui

☐ non

Activité particulière (ex homéopathie, ...)

☐ oui

☐ non

Si oui laquelle :

.....

Participation à un réseau de santé :

☐ oui

☐ non

Si oui lequel :

.....

Activités de recherche et d'enseignement

Êtes-vous membre du Collège national d'Anatomie et cytologie pathologiques?

☐ oui

☐ non

Participation à des congrès d'Anatomie et cytologie pathologiques

☐ oui

☐ non

Si oui lesquels :

.....

Nombre sur les 3 dernières années :

Participation à des travaux de recherche en Anatomie et cytologie pathologiques :

☐ oui

☐ 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) : ☐ oui ☐ non

Si oui lesquels :

.....

Avez-vous déjà enseigné ?

☐ oui

☐ non

Au sein d'une Université : ☐ oui ☐ non

Si oui laquelle :

Année :

Autres, précisez :

Année :

Possédez-vous un DU de Pédagogie :

☐ oui

☐ non

Si oui, Université d'obtention :

.....

Année :

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 : ☐ oui ☐ non

Secrétariat médical : Permanence téléphonique : ☐ oui ☐ non
Secrétariat sur place : ☐ oui ☐ non

Informatisation :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Des dossiers des patients | ☐ oui | ☐ non |
| 2. De la gestion | ☐ oui | ☐ non |

Accueil de l'interne

Les internes disposent-ils d'un bureau ? ☐ oui ☐ non

Les internes ont-ils accès à une documentation : ☐ oui ☐ non

Abonnement à des journaux professionnels ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Ouvrages médicaux de référence ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Inscription à des sites médicaux sur internet : ☐ oui ☐ non

Lesquels :

Les internes ont-ils accès à internet ? ☐ oui ☐ non

Formation de l'interne

Avez-vous formalisé des objectifs de formation ? ☐ oui ☐ non

Réunion avec les internes (présentation des dossiers) ☐ oui ☐ non

Fréquence des réunions fois/ semaine

Un processus d'évaluation concernant la formation est-il organisé ? ☐ oui ☐ non

Réalisez-vous des évaluations en cours de stage afin de suivre l'acquisition des compétences de l'interne ? ☐ oui ☐ 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]