

Fiche de renseignement**SERVICES DE BIOLOGIE MEDICALE**

(Annexe à l'arrêté du 22.9.2004 relatif au fonctionnement de la commission de subdivision, JO du 14 octobre 2004)

Etablissement**Service****Chef de service****AGREMENT DE NIVEAU 1****1. Spécialité (choisir un des items seulement)**Biochimie Bactériologie-virologie Hématologie Immunologie Parasitologie-mycologie **2. Activité du service/an (dans la spécialité mentionnée ci-dessus)**

Nombre de B Nombre d'actes

Pôles d'activité du service

3. Biologistes formateurs

Indiquer le nom et la fonction des biologistes qui participent à la formation des internes, dans la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

4. Modalités de formation de l'interneL'interne a-t-il possibilité de formation à la totalité des objectifs spécifiques de la spécialité ? Oui Non

Si non, énoncer ceux qui manquent :

Pour les objectifs qui ne peuvent être atteints que proposez-vous comme modalité pour les assurer ?

Existe-t-il un enseignement formalisé de formation pratique ? Oui Fréquence par mois (1, 2, 3,...) Non Existe-t-il un enseignement formalisé de formation théorique ? Oui Fréquence par mois (1, 2, 3,...) Non L'interne participe-t-il à des réunions de discussion de dossiers dans le service ? Oui Fréquence par mois (1, 2, 3,...) Non L'interne participe-t-il à des réunions de bibliographie ? Oui Fréquence par mois (1, 2, 3,...) Non L'interne participe-t-il à des réunions inter services ? Oui Fréquence par mois (1, 2, 3,...) Non

5. Activité et responsabilité de l'interne

Effectue-t-il une rotation entre les différentes activités du service ? Oui Non

Participe-t-il à la validation biologique des résultats ? Oui De l'ensemble des résultats Non
D'une partie des résultats

Doit-il prendre en charge une activité technique quotidienne ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

6. Participation à une garde ou à une astreinte

Si oui, les gardes ont-elles lieu :

Dans votre spécialité Dans une autre Laquelle ? Fréquence par mois (1, 2, 3,...)

Si oui, les astreintes ont-elles lieu :

Dans votre spécialité Dans une autre Laquelle ? Fréquence par mois (1, 2, 3,...)

7. Informatique - Documentation

L'interne a-t-il un accès aisée    un poste informatique ? Oui Non

Quels sont les moyens d'accès de l'interne à l'information scientifique et médicale ?

8. Commentaire général

Résumez les caractéristiques de votre service qui le rendent formateur pour les internes de niveau 1.

AGREEMENT DE NIVEAU 2

1. Option pour laquelle vous sollicitez cet agrément

Biologie polyvalente

Biologie spécialisée	<input type="checkbox"/> Bactériologie-virologie-hygiène	<input type="checkbox"/> Biochimie	<input type="checkbox"/> Biologie de la reproduction
	<input type="checkbox"/> Génétique	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> Immunologie
	<input type="checkbox"/> Parasitologie-mycologie	<input type="checkbox"/> Pharmacologie-toxicologie	<input type="checkbox"/> Thérapie cellulaire et thérapie génique

Avez-vous déjà un agrément de niveau 1 ? Oui Non

2. Activités thématiques du service en rapport avec les objectifs de niveau 2

Eventuellement partagées avec d'autres services – préciser lesquelles.

.....
.....
.....
.....

Pour la biologie polyvalente : Quelles sont vos domaines d'activités ?

Nombre de B

Nombre d'actes

Bactériologie-virologie-hygiène Biochimie Hématologie Immunologie Parasitologie-mycologie

Autres : préciser

Pour les services cliniques : relation avec les services de biologie ? Oui Non

.....

.....

3. Biologistes formateurs

Indiquer le nom et la fonction des biologistes qui participent à la formation des internes, dans la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

.....

4. Nombre maximal d'internes susceptibles d'être accueillis pour une formation

1

5. Participation à des activités transversales (ex GLIN, hémovigilance, réactovigilance...)

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

.....

6. Agréments spécifiques pour activités réservées

Préciser lesquels.

.....
.....
.....

7. Avez-vous ou entrepenez-vous une accréditation COFRAC ?Oui Non **8. L'interne pourra-t-il participer à des staffs ?**Oui Non **9. Le cas échéant, avez-vous des relations avec des services hospitalo-universitaires ?**

.....
.....
.....

10. Activité de recherche

Le service est-il lié à un organisme de recherche (Université, EPST) ? Oui Non

Si oui, indiquer la nature, l'intitulé et le numéro de l'équipe.

.....
.....

11. Publications

Choisissez cinq de vos publications qui reflètent l'activité de recherche de votre service en rapport avec la présence des internes.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Nombre de mémoires de DES/AFS ou de thèses d'exercice réalisés dans le service au cours des 5 dernières années

12. Commentaires et/ou justification de votre demande

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et signature du chef de service

Le