

**DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT 2024-2025  
PRATICIEN-MAÎTRE DE STAGE  
SPECIALITE PEDIATRIE**

## 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 de Pédiatrie : .....

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 de pédiatrie ?

oui  non

Participation à des congrès de pédiatrie

oui  non

Si oui lesquels :

.....

Nombre sur les 3 dernières années : .....

Participation à des travaux de recherche en pédiatrie :  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 :

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

