

DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT 2026-2027
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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Capacité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
DU/ DIU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Lequel :

Laquelle :

Lesquelles :

.....

.....

Responsabilités professionnelles

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

Type d'exercice

<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Groupement
Si groupement quel type :	<input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> 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 pédiatrie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à des congrès de pédiatrie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lesquels : Nombre sur les 3 dernières années :
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 : Année : Autres, précisez : Année :
Possédez-vous un DU de Pédagogie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : <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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. De la gestion	<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).

A le

Signature du praticien

