

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

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 Gynécologie médicale :

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 :	Participation à la permanence des soins :
<input type="checkbox"/> urbaine <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> semi rurale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Activité particulière (ex homéopathie, ...)	Si oui laquelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à un réseau de santé :	Si oui lequel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Activités de recherche et d'enseignement

Êtes-vous membre du Collège national de gynécologie médicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à des congrès de gynécologie médicale	Si oui lesquels : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Participation à des travaux de recherche en gynécologie médicale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre sur les 3 dernières années : (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 ?	A l'Université : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui laquelle : Année : Autres, précisez : Année :
Possédez-vous un DU de Pédagogie :	Si oui, Université d'obtention : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Année :

Organisation du stage et accueil de l'interne

Organisation du stage

Nombre d'internes pouvant être accueillis : Nombre de maîtres de stage sur le site :

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).

A le

Signature du praticien

1. **What is the primary purpose of the study?** (10 points)

2. **What are the key variables being studied, and how are they measured?** (10 points)

3. **What statistical methods are used to analyze the data, and what are the results?** (10 points)

4. **What are the conclusions drawn from the study, and what are the implications?** (10 points)