université de BORDEAUX

Collège Sciences de la santé

Année Universitaire 2025-2026

DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT

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'interne

L'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

L'interne participe-t-il à une garde ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, les gardes ont-elles lieu :

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

L'interne participe-t-il à une astreinte ? Oui ☐ Non ☐

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 aisé à 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AGREMENT DE NIVEAU 2

1. Option pour laquelle vous sollicitez cet agrément

Biologie polyvalente ☐

Biologie spécialisée
☐ Bactériologie-virologie-hygiène ☐ Biochimie ☐ Biologie de la reproduction
☐ Génétique ☐ Hématologie ☐ Immunologie
☐ Parasitologie-mycologie ☐ Pharmacologie-toxicologie ☐ 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 .....

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 entreprenez-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 .....