

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.<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                          |                              |                              |
| 7. Avez-vous ou entreprenez-vous une accréditation COFRAC ?                                                                            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. L'interne pourra-t-il participer à des staffs ?                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Le cas échéant, avez-vous des relations avec des services hospitalo-universitaires ?<br>.....<br>.....<br>.....                     |                              |                              |
| 10. Activité de recherche                                                                                                              |                              |                              |
| Le service est-il lié à un organisme de recherche (Université, EPST) ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |                              |                              |
| Si oui, indiquer la nature, l'intitulé et le numéro de l'équipe.<br>.....<br>.....                                                     |                              |                              |
| 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<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |                              |                              |

Date et signature du chef de service

Le .....