

DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT

Fiche de renseignement

RADIOLOGIE – IMAGERIE MEDICALE- MEDECINE NUCLEAIRE

(Annexe à l'arrêté du 22.9.2004 relatif au fonctionnement de la commission de subdivision, JO du 14 octobre 2004)

Nom et adresse de l'établissement : .....

Nom de la personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) : .....

Téléphone (bureau des affaires médicales) : ..... Mél : .....

Est-il un : CHU ☐ CHG ☐ CH PSPH ☐ Autre établissement ☒ Précisez : .....

1. Activité du Service

Nom du service : ..... Pôle de rattachement : .....

Nom du chef de service : ..... Nom du responsable pédagogique : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

| Radiologie et Imagerie médicale |                              |                              |                    | Activité annuelle   | Médecine nucléaire      | Nombre                                               | d'appareils | d'actes/an |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|-------------|------------|
| Activité d'urgence (SAU)        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre de passages | .....               | Gamma-Caméras           |                                                      | .....       | .....      |
| Radiologie interventionnelle    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Nombre d'examens   | .....               | TEMP-TDM                |                                                      | .....       | .....      |
| Type d'appareillages            |                              |                              | Nombre d'unités    | Nombre d'examens/an | % d'externe consultants | TEP dans le service                                  | .....       | .....      |
| Scanner                         |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | TEP convention autre hôpital                         | .....       | .....      |
| IRM                             |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | Ostéodensitométrie                                   | .....       | .....      |
| Radiologie Conventionnelle      |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | Explorations fonctionnelles radioisotopiques in vivo | .....       | .....      |
| Echographie (programmée)        |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | Détection per-opératoire                             | .....       | .....      |
| Imagerie mammaire               |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | Chambres protégées                                   | .....       | .....      |
| Autre modalité (précisez)       |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | Autre modalité (précisez)                            | .....       | .....      |
| .....                           |                              |                              | .....              | .....               | ..... %                 | .....                                                | .....       | .....      |

| Principales spécialités d'organe (détaillez si besoin)<br>(Imagerie digestive, génito-urinaire, cardiaque, interventionnelle, musculo-squelettique, ...) | Indiquez le % d'activité |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| .....                                                                                                                                                    | ..... %                  |
| .....                                                                                                                                                    | ..... %                  |
| .....                                                                                                                                                    | ..... %                  |

|                                                          |                              |                              |                                                          |                              |                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Activité d'imagerie pédiatrique                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Activité d'imagerie neurologique                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Générale <input type="checkbox"/>                        |                              |                              | Générale <input type="checkbox"/>                        |                              |                              |
| Spécialisée <input type="checkbox"/> Précisez : .....    |                              |                              | Spécialisée <input type="checkbox"/> Précisez : .....    |                              |                              |
| Indiquez le % parmi les activités encadrées de l'interne | .... %                       |                              | Indiquez le % parmi les activités encadrées de l'interne | ..... %                      |                              |

## 2. Responsabilités confiées à l'interne et nombre de postes (« juniors »)

| Responsabilité et type d'encadrement                                                  | Oui                      | Non                      | Nombre de postes d'internes DES                                          | ..... |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| Réalisation et interprétation des examens par l'interne                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre de poste de FFI                                                   | ..... |
| Relectures systématique des comptes-rendus d'imagerie en coupe réalisés par l'interne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre d'internes interCHU accueillis au cours de ces 5 dernières années | ..... |
| Possibilité pour l'interne de recourir en poste et en permanence à un « senior » :    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ancienneté moyenne (en nombre de semestres) des internes DES             | ..... |
| Présence le samedi                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre de gardes « junior » / mois / interne                             | ..... |
| Senior sur place pendant la garde                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre de demi-gardes / mois/ interne                                    | ..... |

### Principaux gestes techniques enseignés et réalisés par l'interne :

.....

.....

.....

## 3. Effectifs médicaux et moyens

|                                                                                  | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombre de PH spécialiste d'imagerie temps plein (1) et temps partiel (0,5) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de CCA et PHU .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre d'hospitalo-universitaires titulaires .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre d'ETP (temps partiel = 0,5 ; temps plein = 1 ; ½ journée = 0,1) .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les internes disposent-ils d'un bureau dédié ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accès à Internet (dédié aux internes)                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bibliothèque dans le service                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le service est-il relié à un PACS ?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Implication du service dans la formation et la recherche

|                                                                                                             |                                 |                                 |                                                                                                                               |                                 |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Le service participe-t-il au projet pédagogique de l'interrégion (organisation, enseignement des modules) ? | Oui<br><input type="checkbox"/> | Non<br><input type="checkbox"/> | Réunions de l'ensemble de l'équipe (dossiers, exposés,...) avec participation active de l'interne                             | Oui<br><input type="checkbox"/> | Non<br><input type="checkbox"/> |
| <b>Cours dispensés par les médecins seniors du service</b>                                                  |                                 |                                 | Réunions multidisciplinaires                                                                                                  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Fréquence hebdomadaire des cours aux internes (nbre/sem) .....                                              |                                 |                                 | Nombre de travaux scientifiques d'interne encadrés (présentations, publications en 1 <sup>er</sup> auteur) moyen par an ..... |                                 |                                 |
| Durée hebdomadaire des cours aux internes (nbre d'heures) .....                                             |                                 |                                 |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Réunion de bibliographie                                                                                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | Evaluation de stage organisée                                                                                                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| L'interne dispose-t-il d'un livre de stage (présentation du service, objectifs, documents pédagogiques,...) | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        | Des évaluations formatives sont-elles organisées en cours de stage ?                                                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |

## 5. Projet de service

(à joindre en annexe, accompagné des CV des médecins du service)

## 6. Agréments

7-1 – Si la demande d'agréments fait suite à un changement de chef de service, préciser le nom de ce dernier .....

7-2 – Agréments déjà obtenus – (bien préciser le code et l'intitulé de la discipline<sup>1</sup>)

1. .... 2. ....

7-3 - Agréments demandés – (bien préciser le code et l'intitulé de la discipline<sup>1</sup>)

1. .... 2. ....

<sup>1</sup> Les codes et l'intitulé précis des DES-DESC se trouvent dans la liste des coordonnateurs.