

**DEMANDE D'AGREMENT POUR L'INTERNAT
PRATICIEN-MAÎTRE DE STAGE
SPECIALITE**

Identification

Nom : Prénom :
Nom d'épouse : Date de naissance :
Sexe : F M

Informations Générales

Adresse Professionnelle :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable :

Email :

Informations Personnelles

Cursus

Année d'obtention du DES de :

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	Oui	Non
Capacité	Oui	Non
DU/ DIU	Oui	Non

Lequel :
Laquelle :
Lesquelles :

Responsabilités professionnelles

Fonction exercée au sein de l'Ordre des médecins Oui Non	Conseil Départemental Conseil Régional Conseil National
Membre de l'Union Régionale des Professionnels de santé : Oui Non	
Autres : Oui Non	Si oui, lesquelles : _____

Type d'exercice

Individuel	Groupement
Si groupement quel type :	SCM SEL autre
Maison de santé pluri professionnelle	
Conventionné :	secteur 1 secteur 2
Activité : urbaine rurale semi rurale	Participation à la permanence des soins oui non
Activité particulière (ex homéopathie, oui non	Si oui laquelle : _____
Participation à un réseau de santé oui non	Si oui lequel : _____

Activités de recherche et d'enseignement

Êtes-vous membre du Collège national de ? Préciser	oui non
Participation à des congrès de oui non	Si oui lesquels : _____
Participation à des travaux de recherche Préciser oui 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) : oui non	Si oui lesquels : _____
Avez-vous déjà enseigné ? oui non	Au sein d'une Université : oui non Si oui laquelle : _____ Autres, précisez : _____ Année : _____
Possédez-vous un DU de Pédagogie : oui non	Si oui, lequel : Université d'obtention : Année d'obtention :

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 :	oui	non
Secrétariat médical :	Permanence téléphonique :	oui	non
	Secrétariat sur place :	oui	non
Informatisation : 1. Des dossiers des patients 2. De la gestion	oui	non	
	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 :		
.....		
.....		
.....		
.....		

