

DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

☐ 1ère Demande

☐ Renouvellement

Possibilité d'héberger l'étudiant

☐ oui ☐ non

Mme - M :

Pharmacien Titulaire ☐

N°RPPS :

Pharmacien Adjoint ☐ Temps complet ☐ / Temps partiel ☐ - Volume horaire :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Dénomination commerciale de la pharmacie :

Superficie de l'officine m²

Structure administrative: ☐ Exploitation personnelle ☐ Exploitation en société

 courriel :

 officine :

 portable :

N° FINESS géographique :

Intitulé du Diplôme :

Date d'obtention :

UFR de pharmacie de :

Diplôme(s) complémentaire(s) (DU...) :

Si renouvellement d'agrément de maître de stage

Origine de la demande :						
- Echéance de l'agrément	☐ oui			☐ non		
- Changement de lieu d'exercice	☐ oui			☐ non		
Stagiaires formés durant la période d'agrément écoulee :	Total	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....
- Stage d'initiation						
- Stages d'application des enseignements thématiques						
- Stage de pratique professionnelle						
Avez-vous fait partie d'un jury d'examen	☐ oui			☐ non		

Adhésion CPTS ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle :

VOTRE CAPACITÉ D'ENCADREMENT

Vous concernant

Quel est votre temps de présence hebdomadaire dans votre officine ?	
Dans quel(s) domaine(s) avez-vous suivi des formations ces 3 dernières années ?	
Avez-vous un engagement particulier* au sein de la profession ?	☐ Oui Précisez le ou lesquels : ☐ Non

* Exemples : professeur ou maître de conférence associé, conseiller ordinal, association de maîtres de stage, association de patients, réseaux de santé, structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS...), formateur, syndicat, URPS, etc....

Pour information : ce dossier servira de base à une visite d'un conseiller de stage. Il sera discuté à la Commission Pharmaceutique Officinale avec des représentants de l'Ordre (pour durée d'exercice, intégrité et DPC), de l'ARS, des maîtres de stage et des étudiants.

Votre équipe officinale

Êtes-vous en règle avec l'arrêté annuel relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires ? ☐ Oui ☐ Non

QUELLE EST LA COMPOSITION DE L'EQUIPE OFFICINALE:

Pharmacien(s) co-titulaire(s)	☐ Oui	Combien ?	☐ Non
Pharmacien(s) adjoint(s)	☐ Oui	ETP:	☐ Non
Préparateur(s) en pharmacie	☐ Oui	ETP:	☐ Non
Etudiant(s) salarié(s) ($\geq 3^{\text{ème}}$ année)	☐ Oui	Combien ?	☐ Non
Apprenti(s) préparateur(s)	☐ Oui	Combien ?	☐ Non
Autre(s) (préciser)			

L'EQUIPE OFFICINALE A-T-ELLE SUIVI DES FORMATIONS DPC OU DE CERTIFICATION PERIODIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LES 3 DERNIERES ANNEES*

DPC Pharmacien(s) co-titulaire(s)	☐ Oui	☐ Non
DPC Pharmacien(s) adjoints(s)	☐ Oui	☐ Non
DPC Préparateurs en pharmacie	☐ Oui	☐ Non

PRECISEZ LES DOMAINES DE FORMATION DE L'EQUIPE :

.....

.....

.....

.....

** Le document de traçabilité du DPC ou attestations de formation des pharmaciens (co-titulaires ou adjoints) seront demandés lors de la visite de l'officine ainsi que les attestations de formation des préparateurs.*

AUTRES FORMATIONS SUIVIES PAR L'EQUIPE (HORS DPC) * (ex: Diplôme universitaire, formation spécialisée etc.)

.....

.....

.....

.....

Y A-T'IL UN PLAN DE FORMATION DEL'EQUIPE ?

(le fournir au moment de la visite du conseiller de stage)

☐ Oui

☐ Non

 VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL

VOTRE OFFICINE

Dispose-t-elle d'un ou plusieurs espaces de confidentialité dans la partie accessible au public de votre officine permettant la dispensation et la mise en œuvre des missions ? ☐ Oui ☐ Non

Dispose-t-elle d'un préparatoire fonctionnel ☐ Oui ☐ Non

PRÉPARATOIRE :

Respect des Bonnes Pratiques de Préparations (BO 2007-7 bis)

☐

OUI

☐

NON

Balance contrôlée annuellement (Carnet métrologie à mettre à disposition)

☐

OUI

☐

NON

Moyenne des préparations effectuées mensuellement :

- À l'officine :

- Par une pharmacie sous-traitante :

COMPETENCES PROFESSIONNELLES

Etes-vous en capacité de former les étudiants dans les 4 domaines suivants ? (Cochez les item concernés)

Dispenser des médicaments et les autres produits de santé	Vérifier la validité réglementaire	☐
	Réaliser l'analyse pharmaceutique	☐
	Réaliser tout type de dispensation	☐
	Effectuer la Préparation des Doses à Administrer (PDA)	☐
	Préparer un plan de prise	☐
	Effectuer le double contrôle systématiquement	☐
	Gérer une erreur de dispensation	☐
Accompagner le patient dans son parcours de soin	Réaliser une intervention pharmaceutique	☐
	Proposer les mesures hygiéno-diététiques adaptées	☐
	Réaliser des entretiens pharmaceutiques	☐
	Faire un suivi de l'adhésion autraitement	☐
	Mettre en place des bilans partagés de médication	☐
Exploiter et gérer une officine	Savoir répondre à une demande de préparations magistrales (sous-traitance ou non)	☐
	Connaître les différents acteurs socio-économiques en lien avec l'officine	☐
	Découvrir la politique managériale et comptable	☐
	Utiliser les outils numériques	☐
Déployer des actions de prévention et de santé publique	Vaccination :	
	- Prescription	☐
	- Administration	☐
	TRODs	☐
	Actions de dépistage	☐
	Bilans de prévention	☐
	Education thérapeutique du patient (en dehors de l'officine)	☐
	Réaliser une déclaration de pharmacovigilance	☐
	Collaborer avec les autres professionnels de santé	☐

⇒ LA DÉMARCHÉ QUALITÉ DANS VOTRE OFFICINE

Réalisez-vous un questionnaire annuel d'auto-évaluation* (DQO, QMS etc...) ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous débuté ou déjà mis en place une démarche de la qualité dans votre officine* ? ☐ Oui ☐ Non

**Les documents à l'appui vous seront demandés lors de la visite de votre officine*

Disposez-vous de référentiels (DQO, référentiel SFPC, CNIL, référentiel Groupement ..) ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'un référent qualité dans votre équipe ? ☐ Oui ☐ Non

Dans une démarche de certification, l'officine est-elle :

1/ certifiée ? ☐ Oui ☐ Non

2/ engagée ? ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous des procédures suivantes :

Gestion d'analyse des erreurs de dispensation ?

☐

OUI

☐

NON

Gestion des produits thermolabiles ?

☐

OUI

☐

NON

Gestion des alertes de retraits de lots de médicaments ?

☐

OUI

☐

NON

Autres procédures :

.....

.....

.....

LES MOYENS MIS À DISPOSITION DU STAGIAIRE

Vos stagiaires devront disposer de plages horaires dédiées au travail personnel, l'officine comporte-t-elle un espace disponible permettant à un étudiant de réaliser ces travaux pédagogiques ?

☐ Oui

☐ Non

LA DOCUMENTATION

Documentation obligatoire (BP opposables à l'officine)

☐ Oui

☐ Non

Documents de référence nécessaires à l'analyse pharmaceutique des dispensations

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

.....

QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS POUR DEVENIR MAÎTRE DE STAGE ? DÉTAILLEZ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE POUR LES ÉTUDIANTS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES MAÎTRES DE STAGE : LA CHARTE D'ENGAGEMENT

La « charte d'engagement » (document joint) rappelle les devoirs d'un maître de stage agréé vis-à-vis de son stagiaire et de l'UFR de pharmacie octroyant l'agrément. Elle doit obligatoirement être signée et retournée avec le questionnaire.

Signature du demandeur

Signature du ou des titulaires du lieu d'exercice

Cachet et signature
CERTIFIE SINCERE