

# DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

1ère demande

Renouvellement

## LES CONDITIONS D'EXPERIENCE

Vous êtes pharmacien titulaire d'officine (A ou E) ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou minière (D) depuis au moins 2 années

oui  non

Vous justifiez de 5 années d'exercice officinal

oui  non

**Si vous ne remplissez pas ces 2 conditions, votre dossier n'est pas recevable**

(Article 21 de l'Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie).

**Possibilité d'héberger l'étudiant**

oui  non

## LE PHARMACIEN DEMANDEUR

### PRÉSENTATION

Mme - M : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone + portable : .....

Dénomination commerciale éventuelle de la pharmacie : .....

E-mail : ..... @ .....

Superficie de l'officine : ..... m<sup>2</sup>

Structure administrative :  Exploitation personnelle  Exploitation en société : .....

Adresse du site Internet de l'officine .....

Intitulé du Diplôme

Date d'obtention

UFR de pharmacie de

Autre(s) diplôme(s) universitaire(s)

N° RPPS

Responsabilités éventuelles dans le domaine pharmaceutique et de la santé\*

\* Exemples : professeur ou maître de conférence associé, conseiller ordinal, association de maîtres de stage, association de malades, réseaux de santé, actions de formation continue, syndicat etc....

### 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 écoulée :

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

### VOTRE FORMATION CONTINUE (justificatifs des 3 dernières années à mettre à disposition)

✓ **Développement professionnel continu (DPC) :**

- Suite à la loi HPST du 21 juillet 2009 : Obligation de participer au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré (décret 2011-2118 du 30 décembre 2011).

- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, tout pharmacien doit justifier, pour une période de 3 ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques (article 114 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Êtes-vous en conformité avec cette obligation ?

oui

non

✓ **Autres formations suivies :**

.....  
.....  
.....

**MISSIONNER UN PHARMACIEN ADJOINT :** Vous avez la possibilité de missionner, à chaque stage, un pharmacien adjoint pour participer à la formation des stagiaires. Cette mission est à renouveler à chaque stage.

Envisagez-vous cette éventualité ?

oui

non

## LA PHARMACIE

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

### ÉQUIPE OFFICINALE

✓ **Composition :**

Pharmacien(s) co-titulaire(s) ou associé(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Pharmacien(s) adjoint(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Etudiant(s) muni(s) d'un certificat de remplacement

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Autre(s) étudiant(s) salarié(s) (>3<sup>ème</sup> année)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Préparateur(s) en pharmacie

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Apprenti(s) préparateur(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Autre(s) (préciser).....

✓ **Formation continue de l'équipe officinale (justificatifs des 3 dernières années à mettre à disposition):**

**- DPC :**

DPC Pharmacien (s) adjoints(s)

oui

non

DPC Préparateurs en pharmacie

oui

non

**- Autres formations suivies :**

.....  
.....  
.....

### ACTIVITÉS DE L'OFFICINE

✓ **Mise en œuvre des missions de la loi HPST**

Contribution aux soins de premier recours

oui

non

Si oui, le(s)quel(s) ? (prévention, dépistage, conseil pharmaceutique etc...) : .....

Participation à la coopération entre professionnels de santé

oui

non

Si oui, dans quel cadre ? .....

Participation effective aux services de garde et d'urgence

oui

non

Si non, pourquoi ? .....

Concours aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé  oui  non

Si oui, le(s)quel(s) .....

Entretiens pharmaceutique

oui

non

Si oui, le(s)que(s) .....

Éventuellement :

Participation à un programme d'ETP et aux actions d'accompagnement des patients

oui

non

Si oui, le(s)quel(s) .....

Pharmacien correspondant au sein d'une équipe de soins  oui  non

Pharmacien référent au sein d'un établissement médico-social dépourvu de PUI (ex: EHPAD)  oui  non

Autres types d'activités au sein de ce type d'établissement : .....

✓ **Participation à des réseaux (cancer, diabète, asthme, SIDA, addictions...) :** .....

✓ **HAD :** .....

✓ **Autres activités particulières :** .....

### 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 :

- A l'officine : .....

- Par une pharmacie sous-traitante : .....

ESPACE DE CONFIDENTIALITE PRESENT DANS L'OFFICINE  oui  non

## L'EXERCICE OFFICINAL

### DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Quand il existe :

Alimentez-vous le DP des patients ?  oui  non

Consultez-vous le DP des patients ?  oui  non

### PROCESSUS DE DISPENSATION

Rédigez-vous des interventions pharmaceutiques ?  oui  non

Proposez-vous des plans de posologie pour les patients polymédiqués ?  oui  non

Proposez-vous des RDV pour des dispensations particulières ou des bilans de médication ?  oui  non

Formalisez-vous votre conseil pharmaceutique ?  oui  non

Contribuez-vous aux vigilances (pharmacovigilance et dépendance / erreurs médicamenteuses / qualité d'un médicament)  oui  non

Autres : .....

### QUALITÉ

Avez-vous débuté ou déjà mis en place un système de management de la qualité à l'officine ?  oui  non

Disposez-vous d'un responsable assurance qualité à l'officine ?  oui  non

Utilisez-vous les sites eQo et AcQO ?  oui  non

Disposez-vous de référentiels, normes ou certification dans votre officine ?  oui  non

Si oui, lesquels : .....

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 : .....

### SÉRIALISATION

Avez-vous mis en place la sérialisation au sein de l'officine ?  oui  non

