

# 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)

## LE PHARMACIEN DEMANDEUR

### PRESENTATION

Mme - M : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

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

Téléphone + portable : \_\_\_\_\_

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)

Etes-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

Etes-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

### EQUIPE OFFICINALE

✓ **Composition :**

Pharmacien(s) co-titulaire(s) ou associé(s)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Pharmacien(s) adjoint(s)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Etudiant(s) muni(s) d'un certificat de remplacement	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Autre(s) étudiant(s) salarié(s) (>3 <sup>ème</sup> année)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Préparateur(s) en pharmacie	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Apprenti(s) préparateur(s)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non
Autre(s) (préciser).....	<input type="checkbox"/> oui	Combien ? _____	<input type="checkbox"/> non

✓ **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 :**

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

### ACTIVITES 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 pharmaceutiques  oui  non  
Si oui, le(s)quel(s) .....

**Eventuellement :**

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 :** .....

### PREPARATOIRE :

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

oui  non

(pharmacovigilance et dépendance / erreurs médicamenteuses / qualité d'un médicament)

Autres : .....

### QUALITE

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 : .....

## LA DOCUMENTATION

Produits de reconnaissance pour les stagiaires (liste fournie par la faculté)

oui  non

Documentation obligatoire (BP opposables à l'officine et accès pharmacopée)

oui  non

Documents de référence nécessaires à l'analyse pharmaceutique des dispensations

oui  non

Si oui, lesquels : .....

