

AVIS DU CONSEILLER DE STAGE SUR LA DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

Nom et prénom du pharmacien :

Adresse de l'officine :

✓ LE PHARMACIEN (OU L'EQUIPE OFFICINALE)

Formation continue suivie par le ou les pharmaciens titulaires :
.....

Formation continue suivie par les collaborateurs :
.....
.....

✓ LA PHARMACIE

Officine, conditions d'accueil du stagiaire : Très satisfaisant Satisfaisant Non satisfaisant

Organisation du préparatoire :

Espace de confidentialité :

Conformité des registres obligatoires

- REGISTRE COMPTABLE DES MEDICAMENTS DERIVES DU SANG OUI NON
 REGISTRE COMPTABLE DES STUPEFIANTS OUI NON

Moyens mis à la disposition du stagiaire

- DOCUMENTATION Très satisfaisant Satisfaisant Non satisfaisant
INFORMATIQUE (WIFI) Très satisfaisant Satisfaisant Non satisfaisant
PRODUITS DE RECONNAISSANCE (CHIMIQUES, PLANTES, DM ...) Très satisfaisant Satisfaisant Non satisfaisant
(Selon liste de la faculté)

Spécificités de la pharmacie :

Commentaires :

✓ L'EXERCICE OFFICINAL

MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE (PROCEDURES ...) OUI NON

RESPECT DE LA CHAINE DU FROID (contrôle des températures) OUI NON

ALIMENTATION DU DP OUI NON

MISSIONS LOI HPST OUI NON

VIGILANCES OUI NON

Commentaires :

✓ LES MOTIVATIONS PEDAGOGIQUES ET DISPONIBILITE

AVIS FAVORABLE

Signature du Conseiller de stage

AVIS DEFAVORABLE