

AVIS EN VUE DE L'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

☐ 1ère demande

☐ Renouvellement

Nom du Conseiller de Stage :

Coordonnées du demandeur : Mme - M :

Pharmacien Adjoint ☐ Pharmacien Titulaire ☐

Adresse de l'officine :

Présentation rapide de l'officine :

CAPACITE D'ENCADREMENT

Justificatifs* de formation continue des adjoints et/ou co-titulaires

☐ Oui

☐ Non

Justificatifs* de formation continue de préparateurs

☐ Oui

☐ Non

Existe-t-il un plan de formation pour l'équipe officinale ?

☐ Oui

☐ Non

**sur les 3 dernières années, document de traçabilité de l'ANDPC ou attestations de formation des pharmaciens (co-titulaires ou adjoints) et attestations de formation des préparateurs.*

Remarques :

L'OFFICINE

COMPOSITION DE L'EQUIPE :

Co-titulaires :

Adjoints :

Préparateurs :

Etudiants :

ESPACES DE CONFIDENTIALITE PRESENTS DANS L'OFFICINE

(Dans la partie accessible au public, sans accès aux médicaments)

☐ Oui

☐ Non

DOCUMENTATION DISPONIBLE (TOUS SUPPORTS)

Documentation obligatoire (BP opposables à l'officine)

☐ Oui

☐ Non

Abonnements

☐ Oui

☐ Non

Lesquels :

PREPARATOIRE :

Respect des Bonnes Pratiques de Préparations (ANSM, applicable 20/09/2023)

☐ 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 :

Réalisation de la préparation des doses à administrer (PDA)

☐ Oui

☐ Non

DEMARCHE QUALITE DE L'OFFICINE

Document d'autoévaluation (DQO, QMS etc.)	☐ Oui	☐ Non
Etes-vous certifié ou engagé dans une démarche de certification ?	☐ Oui	☐ Non
<u>L'officine dispose-t-elle des procédures suivantes :</u>		
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 existantes :

Lors de la dispensation :

Analyse de l'ordonnance selon procédure de dispensation ?	☐ Oui	☐ Non
Rédaction d'interventions pharmaceutiques ?	☐ Oui	☐ Non
Proposition de plans de posologie pour les patients polymédiqués ?	☐ Oui	☐ Non
Réalisation du double contrôle (le jour même) ?	☐ Oui	☐ Non
Contribution aux vigilances (pharmacovigilance, matériovigilance, addictovigilance ...)	☐ Oui	☐ Non

MISSIONS DEVELOPPEES DANS L'OFFICINE

Bilans de médication	☐ Oui	Nb par an :	☐ Non
Vaccination(s)	☐ Oui	Nb par an :	☐ Non
TROD	☐ Oui	Nb par an :	☐ Non
Bilans de prévention	☐ Oui	Nb par an :	☐ Non
Entretiens pharmaceutiques	☐ Oui	Nb par an :	☐ Non
Indiquer lesquels :			
Autres missions : ETP, référent EHPAD, ... (à préciser)			

AUTRES ACTIVITES PARTICULIERES DE L'OFFICINE

DOMAINES DEVELOPPES DANS L'OFFICINE

Exercice coordonné (coopération, CPTS, MSP etc.)	☐ Oui	☐ Non
MAD (hors sous-traitance)	☐ Oui	☐ Non
Contention sur mesure	☐ Oui	☐ Non
Prothèses mammaires externes	☐ Oui	☐ Non
Pharmacie vétérinaire	☐ Oui	☐ Non
Téléassistance	☐ Oui	☐ Non

AUTRES ACTIVITES DE L'OFFICINE : (à développer)



MOYENS MIS À DISPOSITION DU STAGIAIRE :

Vos stagiaires devront disposer de plages horaires dédiées au travail personnel, l'officine est-elle prête à donner les moyens pour la réalisation des travaux pédagogiques ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle organisation est prévue à cet effet dans l'officine ?

SPECIFICITES DE LA PHARMACIE :

(comment décrire l'activité de votre pharmacie pour un étudiant ? Avez-vous des activités spécifiques ?)

IMPLICATION DANS LA FORMATION :

Le futur maître de stage est-il prêt à s'investir dans la formation en collaboration avec la faculté ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, comment (partage d'expériences, examen, EPOS ...) ?

AVIS ET REMARQUES (motivations pédagogiques) :

☐ avis favorable

☐ avis défavorable

Date et signature du Conseiller :