DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

☐ **1ère demande** ☐ **Renouvellement**

Mme - M :
Pharmacien Adjoint ☐ Pharmacien Titulaire ☐
N°RPPS :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Dénomination commerciale de la pharmacie :

☎ officine : ☎ Portable maître de stage : Courriel maître de stage :

N° FINESS géographique :

N° SIREN ou SIRET :

Si votre demande est liée à un renouvellement d'agrément, compléter les informations suivantes:

Motif de la demande	☐ Echéance de l'agrément ☐ Changement de lieu d'exercice (transfert, regroupement)
Lors de votre précédente période d'agrément	
Avez-vous encadré des stagiaires ?	☐ Oui Précisez les types de stage (initiation, application, 6ème année ou DES) : ☐ Non Précisez pourquoi :
Avez-vous participé aux jurys d'examen ?	☐ Oui ☐ Non Précisez pourquoi :

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 CAPACITÉ D'ENCADREMENT

Vous concernant

Quel est votre temps de présence hebdomadaire dans votre officine ?	
Dans quel(s) domaine(s) vous êtes-vous formé ces 3 dernières années ?	
Avez-vous suivi la formation universitaire exigée pour l'accueil d'un.e stagiaire de DES ?	☐ Oui Précisez la date : ☐ Non
Si non, avez-vous l'intention de suivre cette formation universitaire ?	☐ Oui Si vous la connaissez, précisez la date : ☐ Non
Avez-vous un engagement particulier* au sein de la profession ?	☐ Oui Précisez 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.…*

Votre équipe officinale

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) (≥ 3ème 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 DE L'EQUIPE ? ☐ Oui ☐ Non

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

⇨ 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

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 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 au traitement 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 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 DÉMARCHE QUALITÉ DANS VOTRE OFFICINE

Avez-vous réalisé un questionnaire 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

Etes-vous certifié ou engagé dans une démarche de certification ? ☐ Oui ☐ Non

⇨ 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

⇨ 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