

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

Transmettre votre dossier complet par mail à : [pharmacie.agrements@u-picardie.fr](mailto:pharmacie.agrements@u-picardie.fr)

#### DEMANDE D'AGRÉMENT

Les informations à renseigner ne le sont qu'à titre indicatif et ne sauraient préjuger de l'avis qui sera émis par la commission régionale d'agrément.

	1ère Demande	Renouvellement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous justifiez de 5 années d'exercice officiel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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).

Un pharmacien titulaire associé dans l'officine est-il déjà agréé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, Date de l'agrément :	_ / _ / _
Nom et prénoms du pharmacien maître de stage agréé	

#### MAITRE DE STAGE À AGRÉER

##### Présentation

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Numéro RPPS : \_\_\_\_\_

Date d'obtention du diplôme :	
UFR de pharmacie de :	
Nombre d'années d'exercice :	dont    ans comme titulaire
Autre(s) diplôme(s) universitaire(s) :	
Responsabilités éventuelles dans le domaine pharmaceutique et de la santé*	

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

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### PHARMACIE D'OFFICINE

Dénomination commerciale éventuelle de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

Structure administrative  Exploitation personnelle  
 Exploitation en société

Adresse du site Internet de l'officine \_\_\_\_\_

#### Si la demande concerne un renouvellement d'agrément de maître de stage

##### Origine de la demande

- Echéance de l'agrément		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
- Changement de lieu d'exercice		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Stagiaires formés durant la période d'agrément écoulée	Total	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....	Année 20.....
- Stage d'initiation					
- Stage d'application des enseignements coordonnés					
- Stage de pratique professionnelle					
Avez-vous fait partie d'un jury d'examen au cours des 5 dernières années ?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

#### VOTRE FORMATION CONTINUE

##### Justificatifs des 5 dernières années à fournir

##### Développement professionnel continu (DPC) :

Intitulé de la ou des formation(s) 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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### Activités de l'officine :

La pharmacie est-elle intégrée dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou un réseau de soins ?

Oui  Non

Si oui, indiquez laquelle/lequel :

#### Exercice Officiel

Dossier Pharmaceutique

Alimentez-vous le DP des patients ?

Oui

Non

Consultez-vous le DP des patients ?

Oui

Non

#### Pharmacie clinique

Proposez-vous des plans de posologie à certains patients ?

Oui

Non

Formalisez-vous votre conseil pharmaceutique ?

Oui

Non

Contribuez-vous aux vigilances ?

Oui

Non

Disposez-vous d'une procédure de suivi de vos interventions pharmaceutiques ?

Oui

Non

Si oui, sous quelle forme ?

---

Avez-vous la pratique occasionnelle ou régulière des entretiens pharmaceutiques ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

- Anticoagulants (AVK, AOD)
- Asthme
- Bilans partagés de médication
- Traitements anticancéreux par voie orale
- Autres

Si autres, précisez :

---

Avez-vous la pratique occasionnelle ou régulière de la vaccination anti-grippale ?

Oui

Non

Réalisez-vous occasionnellement ou régulièrement des TROD ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

---

L'espace de confidentialité présent dans l'officine est-il accessible depuis l'espace client ?

Oui

Non

Le local dédié à l'orthopédie présent dans l'officine est-il accessible depuis l'espace

Oui

Non



client ?

# DEMANDE D'AGRÉMENT

## ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### Technologies pharmaceutiques

Activités de préparations magistrales de l'officine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Moyenne des préparations effectuées mensuellement : .....			
Activités de préparations sous-traitées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	En Partie <input type="checkbox"/>
Moyenne des préparations sous-traitées mensuellement :			
Respect des Bonnes Pratiques de Préparations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autorisation d'exécution de préparations à risque pour la santé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Agrément spécifique aux préparations dangereuses stériles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Préparation par voie orale pour les enfants de moins de 12 ans avec des produits listés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Surface du préparatoire	..... m <sup>2</sup>		
Préparatoire fermé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Emplacement réservé aux préparations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Balance contrôlée annuellement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>(Carnet métrologie à mettre à disposition)</i>
Préparation de doses à administrer (PDA)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quelles sont les modalités d'organisation de la PDA au sein de l'officine ?			

Espace dédié à la PDA	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Emplacement réservé pour les Médicaments Non Utilisés (MNU)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Emplacement réservé pour les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

#### Prévention et Santé publique

Menez-vous des actions de prévention et de dépistage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, sur quelle(s) thématique(s) ?			
Participez-vous à des programmes d'ETP ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, sur quelle(s) thématique(s) :			
Date de la formation à l'ETP :			

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### Qualité à l'officine

La pharmacie est-elle engagée dans une démarche qualité ? : Oui  Non

Avez-vous réalisé l'auto-évaluation du CNOP ? Oui  Non

Réalisez-vous une démarche supplémentaire à celle du CNOP ? Oui  Non

Si oui, précisez laquelle :

Disposez-vous de référentiels, normes ou certification dans votre officine ? Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Utilisez-vous le site <https://www.demarchequalityofficine.fr/> ? Oui  Non

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 ?

#### Autres :

La pharmacie a-t-elle une activité de commerce électronique ? Oui  Non

La pharmacie est-t-elle présente sur les réseaux sociaux ? Oui  Non

La pharmacie est-elle automatisée ? Oui  Non

La pharmacie dispose-t-elle d'un espace de télé-consultation ? Oui  Non

Plages horaires d'ouverture :

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### CONDITIONS DE TRAVAIL DES STAGIAIRES

Existe-t-il un bureau réservé aux stagiaires pour effectuer leur travail ?

Oui  Non

Les moyens suivants sont-ils disponibles pour les stagiaires :

- Ordinateur Oui  Non
- Revues professionnelles Oui  Non
- Formation/outils de formation Oui  Non
- Documents professionnels Oui  Non
- Bonnes pratiques de dispensation, de préparation
- Autres (référentiels internes...) ? Oui  Non

#### PROJET D'ACCUEIL DES STAGIAIRES

Y a-t-il des réunions d'échange ou de formation ?

- Au sein de l'officine Oui  Non

Si oui, combien en moyenne /mois ?

- Interprofessionnelles Oui  Non

Si oui, combien en moyenne /mois ?

- Le stagiaire animera-t-il lui-même certaines réunions ? Oui  Non

Y a-t-il des projets de développement des activités de l'officine ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Le stagiaire peut-il être impliqué dans le développement de ces nouvelles activités ?

Oui  Non

Les activités quotidiennes du stagiaire sont-elles compatibles avec :

- La présence aux séances d'enseignement institutionnel (enseignement, séminaires, conférences ...) ? Oui  Non
- La préparation d'une thèse d'exercice ? Oui  Non
- La participation à un travail d'évaluation des pratiques professionnelles ? Oui  Non

## DEMANDE D'AGRÉMENT

### ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

#### Thèse d'exercice

*Les facultés de pharmacie de Lille et d'Amiens souhaitent encourager les thèses d'exercice incluant un travail pratique coordonné conjointement par un pharmacien d'officine et un enseignant de la faculté.*

Avez-vous déjà participé à un jury de thèse d'exercice au cours des 5 dernières années ?

Oui  Non

Si oui, combien ? 1  2  3  4  5  plus de 5

Souhaitez-vous proposer un travail au sein de votre officine pouvant donner lieu à une thèse d'exercice ?

Oui

Non

Si oui, sur quelle(s) thématique(s) (ETP, mise en place d'une démarche qualité à l'officine, amélioration des pratiques, projet d'équipe en soins premiers, développement d'entretiens pharmaceutiques...)?

Souhaitez-vous vous engager dans l'encadrement d'un étudiant sur un travail de thèse d'exercice ?

Oui

Non

## **DEMANDE D'AGRÉMENT**

### **ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE**

**MOTIVATION DU PHARMACIEN et INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES éventuelles (modifications récentes d'organisation de l'officine, innovations pédagogiques ...) :**

**Tampon et signature du titulaire de l'Officine**

le \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'AGRÉMENT ACCUEIL DE STAGIAIRES – ETUDES DE PHARMACIE

### CHARTRE D'ENGAGEMENT DU PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

Les pharmaciens maîtres de stage agréés s'engagent à respecter les points suivants qui constituent la charte d'engagement du maître de stage telle qu'elle est exprimée dans l'arrêté du 17 juillet 1987, modifiée par l'arrêté du 14 août 2003 – article 24 :

- avoir une disponibilité suffisante pour consacrer le temps nécessaire à la formation pratique du stagiaire ;
- inspirer au stagiaire le respect de la profession de pharmacien d'officine et lui donner l'exemple des qualités professionnelles requises, en particulier le respect de la législation, de la réglementation et de la déontologie ;
- assister obligatoirement aux formations des maîtres de stage organisées par la Faculté ;
- suivre l'évolution du métier de pharmacien d'officine et participer aux formations concourant à la mise à jour des connaissances nécessaires à l'exercice du métier de pharmacien d'officine ; notamment aux EPU organisés par la faculté de Pharmacie ;
- faire participer à la formation du stagiaire une équipe officinale qualifiée ;
- associer le stagiaire au suivi thérapeutique des patients, à la pratique de l'opinion pharmaceutique et aux entretiens pharmaceutiques, en lui faisant prendre conscience de son rôle d'acteur de santé publique ;
- communiquer au stagiaire son expérience professionnelle, y compris les bases élémentaires de gestion d'une officine, et des relations humaines ;
- faciliter la participation du stagiaire aux réunions d'information et de formation se déroulant au cours du stage ;
- accepter l'évaluation du déroulement du stage et de la formation reçue par le stagiaire ;
- accueillir et encadrer les étudiants quel que soit leur niveau d'étude
- appliquer strictement le barème d'indemnisation des étudiants en pharmacie en stage de 6ème année ;
- participer aux jurys de validation de stage

**Cette charte vous engage.**

**Son non-respect pourrait entraîner la suppression de l'agrément**

En cochant cette case, je reconnais avoir lu la charte d'engagement des pharmaciens maîtres de stage et je m'engage à la respecter.

Le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur**