

## DOSSIER D'AGREMENT - MAITRE DE STAGE

### A RECOPIER SUR VOTRE PAPIER A EN-TETE ET A JOINDRE AU DOSSIER

Nom - Prénom du(des) demandeur(s) d'agrément

N° inscription à l'Ordre

Adresse de la Pharmacie

Monsieur Claude DUSSART  
Directeur ISPB - LYON 1

Fait le                    à

Monsieur Le Directeur,

J'ai (nous avons) l'honneur de solliciter mon (notre) agrément pour recevoir des étudiants stagiaires dans mon (notre) officine conformément aux dispositions de l'article 21 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.

Je vous prie (Nous vous prions) de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de mes (nos) sentiments distingués.

Signature, cachet du (des) pharmacien(s)



## 2) EQUIPE OFFICINALE

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) (>3ème 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

3) **ÊTES-VOUS EN REGLE 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

4) **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  
Si oui, merci de mentionner le nom du pharmacien adjoint : .....

5) **FORMATION CONTINUE SUIVIE PAR L'EQUIPE OFFICINALE (TITULAIRE(S) - ADJOINT(S) - PREPARATEUR(S)) AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES (JUSTIFICATIFS IMPERATIVEMENT A DISPOSITION DU CONSEILLER LORS DE SA VISITE)**

➤ **Développement professionnel continu (DPC) :**

Les pharmaciens participent, 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) :

Pharmacien(s) titulaire(s)  oui  non  
Pharmacien (s) adjoints(s)  oui  non

Le(s) pharmacien(s) titulaire(s) s'assure(nt) du respect de l'obligation annuelle de DPC de(s) préparateur(s) en pharmacie (décret 2011-2114 du 30 décembre 2011)  oui  non

➤ **Autres formations suivies : JUSTIFICATIFS A TENIR A DISPOSITION** .....

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

## B - LA PHARMACIE

### 1) IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

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

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

Structure administrative :  exploitation personnelle  exploitation en société : .....

Jours et heures d'ouverture	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	Total hebdomadaire
- matin								
- après-midi								

Participation effective aux services de garde et d'urgence  oui  non

## 2) STRUCTURE D'ACCUEIL DU STAGIAIRE

Poste de travail partageable disponible pour le stagiaire  
Possibilité d'hébergement

oui  non  
 oui  non

## 3) ACTIVITES PARTICULIERES DE L'OFFICINE (COCHER LES CASES CORRESPONDANTES)

### ➤ Activités spécialisées :

Audioprothèse  Optique  Orthopédie

### ➤ Etes-vous titulaire d'un diplôme ou d'une formation spécialisée pour les activités suivantes :

Appareillage  Gériatrie  Mycologie  
 Diététique et nutrition  Homéopathie  Phytothérapie et aromathérapie  
 Gaz médicaux  Maintien à domicile  Pharmacie vétérinaire  
 ETP (40h min)

### ➤ Nouvelles missions (loi HPST) :

Participation à un programme d'éducation thérapeutique du patient  oui  non  
Pharmacien correspondant au sein d'une équipe de soins de premiers recours (SISA)  oui  non  
Pharmacien référent au sein d'un EHPAD  oui  non

### ➤ Expérimentation vaccinale de la grippe en officine :

Pharmacien titulaire(s)  oui  non  
Pharmacien adjoint(s)  oui  non

➤ Réalisation des bilans partagés de médication: .....

➤ Participation à des réseaux (cancer, diabète, asthme, SIDA, addictions...) : .....

➤ HAD : .....

➤ Autres activités particulières : .....

## 4) EQUIPEMENT DE L'OFFICINE

➤ Préparatoire : Surface .....m<sup>2</sup>

Bonnes Pratiques de Préparations mises en place (BO 2007-7 bis)  oui  non  
Balance contrôlée annuellement : **(justificatif du dernier contrôle à joindre)**  oui  non

Total (en moyenne) des préparations effectuées mensuellement

A l'officine : .....

Par une pharmacie sous-traitante : **(contrat à joindre)** .....

➤ Espace de confidentialité présent dans l'officine :  oui  non

## C - L'EXERCICE OFFICINAL

### 1) DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Alimentez-vous le DP des patients ?  oui  non  
Consultez-vous le DP des patients ?  oui  non

### 2) ASSURANCE QUALITE

Nom du Pharmacien Responsable de l'Assurance Qualité (PRAQ) : .....

Mise en place de procédures 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

### 3) DISPOSEZ-VOUS DES PROCEDURES SUIVANTES :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Gestion d'analyse des erreurs de dispensation ?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Gestion des produits thermolabiles ?                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Gestion des alertes de retraits de lots de médicaments ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres :   |                              |                              |

### 4) PROCESSUS DE DISPENSATION

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Rédigez-vous des opinions pharmaceutiques  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Proposez-vous des plans de posologie pour les patients polymédiqués ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Proposez-vous des RDV pour des dispensations particulières ou des bilans de médication ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Formalisez-vous votre conseil pharmaceutique ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Contribuez-vous à la pharmacovigilance ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres :   |                              |                              |

## D - LA DOCUMENTATION

### 1) COLLECTIONS (facultatif)

- |                                  |                              |                              |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Plantes médicinales              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Produits chimiques et galéniques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

### 2) DOCUMENTATIONS PROFESSIONNELLES

#### ➤ Documentation papier :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| B.P.P. - (BO 2007-7 bis) ou accès internet                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Code de la santé publique en vigueur ou accès internet       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Dictionnaire des médicaments de l'année en cours             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ouvrages de matière médicale homéopathique                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ouvrages sur les plantes médicinales                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ouvrages de mycologie  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ouvrages sur les accessoires et articles médico-chirurgicaux | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres ouvrages et revues (à préciser) : .....               |                              |                              |

### 4) SYSTEMES D'INFORMATION

Abonnement(s) à des sites de formation (e-learning) : .....

#### ➤ Sites Internet de référence régulièrement consultés :

- |                       |                              |                              |                 |                              |                              |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Ordre des pharmaciens | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Pharmavigilance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Meddispar             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Légifrance      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le CRAT               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | ANSM            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autres : .....        |                              |                              |                 |                              |                              |

## **E - LES MOTIVATIONS ET LE PROJET PEDAGOGIQUE DU MAITRE DE STAGE\***

*\*il est indispensable de remplir cette rubrique*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Date :**

**Cachet et signature du pharmacien**

### **PIECES A FOURNIR**

- Lettre au Doyen de la Faculté (voir modèle ci-joint) ;
- Questionnaire complété,
- Charte d'engagement signée,
- La copie du contrat de sous-traitance pour les préparations officinales,
- Vos attestations de formations DPC des 3 dernières années.

## CHARTRE D'ENGAGEMENT DU MAITRE DE STAGE EN OFFICINE

Le maître de stage s'engage 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 -

Le pharmacien s'engage à :

- avoir une disponibilité suffisante pour consacrer le temps nécessaire à la formation pratique de l'étudiant pour les stages de 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année;
- 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 ;
- 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 ;
- faire participer à la formation du stagiaire une équipe officinale qualifiée ;
- associer le stagiaire au suivi thérapeutique des patients et à la pratique de l'opinion pharmaceutique, 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 ;
- respecter le barème d'indemnisation des étudiant(e)s en pharmacie en stage de 6<sup>ème</sup> année ;
- participer aux jurys de validation de stage.

Fait à \_\_\_\_\_

**Cachet / Nom(s) / Signature(s) Maître(s) de stage**

Le \_\_\_\_\_