

DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE 2020

1ERE DEMANDE OU RENOUELEMENT

NOM DU CONSEILLER DE STAGE NOMME :

DATE DE LA VISITE :

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD
Faculté de pharmacie ISPB
8 avenue Rockefeller
69373 LYON CEDEX 08
Tél. : 04-78-77-72-87 MAIL: marie-cecile.frison@univ-lyon1.fr

Mme – M. :

(si plusieurs associés demandeurs merci de remplir la [page 1](#) pour chaque associé)

Adresse de l'officine :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

A - LE MAITRE DE STAGE

1) PHARMACIEN : MAITRE DE STAGE

Date d'obtention du diplôme et Université						
Autre(s) diplôme(s) universitaire(s)						
N° d'inscription ordre						
Renouvellement d'agrément : - après 5 ans - suite à transfert	Date de la 1 ^{ère} demande d'agrément :					
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Nombre de stagiaires formés (en cas de renouvellement d'agrément) :	Total	Année du stage				
Responsabilité dans les domaines pharmaceutiques et de la santé *						

* exemples : syndicat, conseil de l'ordre, association des maîtres de stage, association de malades, réseaux de santé, actions de formation continue etc....

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) **ETES-VOUS EN REGLE AVEC L'ARRETE 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 : m²

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

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

➤ HAD :

➤ Autres activités particulières :

4) EQUIPEMENT DE L'OFFICINE

➤ Préparatoire : Surface :m²

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

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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.

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^{ère} ou 2^{ème} année, 3^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} 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^{ème} année ;
- participer aux jurys de validation de stage.

Fait à _____

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

Le _____