

# DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

1ère demande

Renouvellement

## 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

oui  non

Vous justifiez de 5 années d'exercice officinal

oui  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)

## LE PHARMACIEN DEMANDEUR

### PRESENTATION

Mme - M : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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

Téléphone + portable : ..... - ..... - .....

E-mail : ..... @ .....

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

Structure administrative :  Exploitation personnelle  Exploitation en société : .....

Adresse du site Internet de l'officine .....

Intitulé du Diplôme

Date d'obtention

UFR de pharmacie de

Autre(s) diplôme(s) universitaire(s)

N° RPPS

Responsabilités éventuelles dans le domaine pharmaceutique et de la santé\*

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

### Si renouvellement d'agrément de maître de stage

Origine de la demande :

- Echéance de l'agrément

oui

non

- Changement de lieu d'exercice

oui

non

Stagiaires formés durant la période d'agrément écoulee :

Total

Année  
20.....

Année  
20.....

Année  
20.....

Année  
20.....

Année  
20.....

- Stage d'initiation

- Stages d'application des enseignements thématiques

- Stage de pratique professionnelle

Avez-vous fait partie d'un jury d'examen

oui

non

### VOTRE FORMATION CONTINUE (JOINDRE les justificatifs des 3 dernières années)

✓ **Développement professionnel continu (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 :**

**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

## LA PHARMACIE

Etes-vous en règle 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

### EQUIPE OFFICINALE

✓ **Composition :**

Pharmacien(s) co-titulaire(s) ou associé(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Pharmacien(s) adjoint(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Etudiant(s) muni(s) d'un certificat de remplacement

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Autre(s) étudiant(s) salarié(s) (>3<sup>ème</sup> année)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Préparateur(s) en pharmacie

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Apprenti(s) préparateur(s)

oui

Combien ? \_\_\_\_\_

non

Autre(s) (préciser).....

✓ **Formation continue de l'équipe officinale (JOINDRE les justificatifs des 3 dernières années)**

**- DPC :**

DPC Pharmacien (s) adjoints(s)

oui

non

DPC Préparateurs en pharmacie

oui

non

**- Autres formations suivies :**

### ACTIVITES DE L'OFFICINE

✓ **Mise en œuvre des missions de la loi HPST**

Contribution aux soins de premier recours

oui

non

Si oui, le(s)quel(s) ? (prévention, dépistage, conseil pharmaceutique etc...) : .....

Participation à la coopération entre professionnels de santé

oui

non

Si oui, dans quel cadre ? .....

Participation effective aux services de garde et d'urgence

oui

non

Si non, pourquoi ? .....

Concours aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé

oui

non

Si oui, le(s)quel(s).....

Entretiens pharmaceutiques

oui

non

Si oui, le(s)quel(s) .....

Eventuellement :

Participation à un programme d'ETP et aux actions d'accompagnement des patients

oui

non

Si oui, le(s)quel(s).....

Pharmacien correspondant au sein d'une équipe de soins

oui  non

Pharmacien référent au sein d'un établissement médico-social dépourvu de PUI (ex : EHPAD)

oui  non

Autres types d'activités au sein de ce type d'établissement :

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

✓ **HAD :**

✓ **Autres activités particulières :**

### PREPARATOIRE :

Respect des Bonnes Pratiques de Préparations (BO 2007-7 bis)

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 :

### ESPACE DE CONFIDENTIALITE PRESENT DANS L'OFFICINE

oui

non

## L'EXERCICE OFFICINAL

### DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Quand il existe :

Alimentez-vous le DP des patients ?

oui

non

Consultez-vous le DP des patients ?

oui

non

### PROCESSUS DE DISPENSATION

Rédigez-vous des interventions pharmaceutiques ?

oui

non

Proposez-vous des plans de posologie pour les patients polymédiqués ?

oui

non

Proposez-vous des RDV pour des dispensations particulières ou des bilans de médication ?

oui

non

Formalisez-vous votre conseil pharmaceutique ?

oui

non

Contribuez-vous aux vigilances

oui

non

(pharmacovigilance et dépendance / erreurs médicamenteuses / qualité d'un médicament)

Autres :

### QUALITE

Avez-vous débuté ou déjà mis en place un système de management de la qualité à l'officine ?

oui

non

Disposez-vous d'un responsable assurance 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

Si oui, lesquels :

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 :

## LA DOCUMENTATION

Produits de reconnaissance pour les stagiaires (liste fournie par la faculté)

oui

non

Documentation obligatoire (BP opposables à l'officine et accès pharmacopée)

oui

non

Documents de référence nécessaires à l'analyse pharmaceutique des dispensations

oui

non

Si oui, lesquels :

