

# DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÉMENT DE PHARMACIEN MAÎTRE DE STAGE POUR UN AGRÉMENT À COMPTER DU 01/01/2025 POUR UNE DURÉE DE 5 ANS

 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

### PRÉSENTATION

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		<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	Année	Année	Année	Année
		20	20	20	20	20
- Stage d'initiation	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
- Stages d'application des enseignements thématiques	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
- Stage de pratique professionnelle	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Avez-vous fait partie d'un jury d'examen		<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non		

**VOTRE FORMATION CONTINUE :** △ Joindre les justificatifs des 3 dernières années (du pharmacien demandeur uniquement)

✓ **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)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non
Pharmacien(s) adjoint(s)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non
Etudiant(s) muni(s) d'un certificat de remplacement	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non
Autre(s) étudiant(s) salarié(s) (>3 <sup>ème</sup> année)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non
Préparateur(s) en pharmacie	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non
Apprenti(s) préparateur(s)	<input type="checkbox"/> oui	Combien ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non

Autre(s) (préciser)

✓ **Formation continue de l'équipe officinale (justificatifs des 3 dernières années à mettre à disposition lors de la visite de l'officine)DPC :**

DPC Pharmacien (s) adjoints(s)  oui  non  
DPC Préparateurs en pharmacie  oui  non

- **Autres formations suivies :**

## ACTIVITÉS 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 pharmaceutique  oui  non

Si oui, le(s)que(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 :

### PRÉPARATOIRE :

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 CONFIDENTIALITÉ PRÉSENT 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 :

### QUALITÉ

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)

oui

non

Documents de référence nécessaires à l'analyse pharmaceutique des dispensations

oui

non

Si oui, lesquels

## LES MOTIVATIONS DU PHARMACIEN SOUHAITANT DEVENIR MAITRE DE STAGE\*

*\* Rubrique à remplir impérativement*

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS : LA CHARTE D'ENGAGEMENT

LA «CHARTER D'ENGAGEMENT» (RAPPELLE LES DEVOIRS D'UN MAÎTRE DE STAGE AGRÉÉ VIS-À-VIS DE SON STAGIAIRE. ELLE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE SIGNÉE.

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 -

### LA CHARTE D'ENGAGEMENT

- ✓ 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 ;
- ✓ 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 étudiants en pharmacie en stage de 6<sup>ème</sup> année ;
- ✓ Participer aux jurys de validation de stage.

J'AUTORISE L'UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE À TRANSMETTRE MES COORDONNÉES À :

L'Association des pharmaciens agréés maîtres de stage

8 boulevard G. Pompidou

14000 CAEN

oui

non

**Cachet et signature du pharmacien**

Eventuellement, signature du pharmacien adjoint délégué par le maître de stage pour participer à la formation des stagiaires.