

**DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT  
DE MAITRE DE STAGE**

**1ERE DEMANDE**      **OU**       **RENOUVELLEMENT**

**NOM DU CONSEILLER DE STAGE NOMME :** .....

**CONSEIL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DE** \_\_\_\_\_

*compléter le nom et les coordonnées*

**DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE EN OFFICINE DE :**

Mme - Mlle - M : .....

Adresse : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Ville : .....

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      E-mail : .....@

**A - LE MAITRE DE STAGE**

**1) PHARMACIEN : MAITRE DE STAGE**

<b>Nom – Prénom</b>						
<b>Date d'obtention du diplôme et Université</b>						
<b>Autre(s) diplôme(s) universitaire(s)</b>						
<b>N° d'inscription et date de la 1ere inscription à l'Ordre</b>						
<b>Date de la 1<sup>ère</sup> demande d'agrément</b>						
<b>Renouvellement d'agrément :</b> - après 5 ans - changement d'officine			<input type="checkbox"/> oui			<input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui			<input type="checkbox"/> non
<b>Stagiaires formés en cas de renouvellement d'agrément :</b>	Total	Année du stage				
- d'initiation						
- d'application (3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> année)						
- de pratique professionnelle (6 <sup>ème</sup> année)						
<b>Responsabilité dans les domaines pharmaceutiques et de la santé *</b>						

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

**2) PHARMACIEN ADJOINT MAITRE DE STAGE ADJOINT**

Vous avez la possibilité de missionner, à chaque stage, votre pharmacien adjoint pour participer à la formation des stagiaires. Cette déclaration est à renouveler à chaque stage.

Envisagez-vous cette éventualité ?  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

oui

non

Pharmacien référent au sein d'un EHPAD

oui

non

Pharmacien d'une SISA

oui

non

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

➤ **HAD :** .....

➤ **EHPAD :** .....

➤ **Autres :** .....

### 4) EQUIPEMENT DE L'OFFICINE

➤ **Préparatoire :** Surface : ..... m2

Bonnes Pratiques de Préparations (BO 2007-7 bis)

oui

non

Local fermé

oui

non

Local ventilé

oui

non

Balance contrôlée annuellement

oui

non

Balance électronique

oui

non

Sa précision : .....

Gélulier

oui

non

Fiches de préparation

oui

non

Autres matériels : .....

Total (en moyenne) des préparations effectuées mensuellement

A l'officine : ..... Domaine privilégié (ex. : dermatologie) : .....

Par une pharmacie sous-traitante : .....

➤ **Equipement informatique :**

Nom du logiciel professionnel : .....

Nom de la base de données d'interactions médicamenteuses mise à jour régulièrement : .....

Fréquence des mises à jour : .....

Gestion de stocks

oui

non

Historique des ordonnances

oui

non

Accès à Internet à chaque poste

oui

non

## C - L'EXERCICE OFFICINAL

### 1) DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Etes-vous connecté au dispositif DP (loi n°2007-127 du 30 janvier 2007) ?

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

Référentiels ou normes

oui

non

Lesquels : .....

### 3) OPINION PHARMACEUTIQUE

Emissions d'opinions pharmaceutiques

oui

non

Mise en place d'un Dossier de Suivi Pharmaco Thérapeutique

oui

non

Pour quelle(s) pathologie(s) : .....

## D - LA DOCUMENTATION

### 1) COLLECTIONS

Plantes médicinales  oui  non  
Produits chimiques et galéniques  oui  non

### 2) DOCUMENTATIONS PROFESSIONNELLES

#### ➤ Documentation papier :

Pharmacopée/ Formulaire national à jour  oui  non  
B.P.P. - (BO 2007-7 bis)  oui  non  
Code de la santé publique en vigueur  oui  non  
Dictionnaire des médicaments de l'année en cours  oui  non  
Dictionnaire des termes médicaux  oui  non  
Dictionnaire des constantes biologiques et physiques  oui  non  
Ouvrage de référence pour les préparations  oui  non  
Ouvrages de matière médicale homéopathique  oui  non  
Ouvrages sur les plantes médicinales  oui  non  
Ouvrages de mycologie  oui  non  
Ouvrages sur les accessoires et articles médico-chirurgicaux  oui  non  
Autres ouvrages (à préciser) : .....

#### ➤ Documentation via Internet :

Avez- vous des abonnements en ligne ?  oui  non  
Si oui lesquels : .....

Avez-vous accès à des bases de données en ligne ?  oui  non  
Si oui lesquelles : .....

CD Rom disponibles : .....

### 3) REVUES D'ACTUALISATION DES CONNAISSANCES (A PRECISER)

### 4) SYSTEMES D'INFORMATION

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

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

Ordre des pharmaciens  oui  non Pharmavigilance  oui  non  
Medispar  oui  non Légifrance  oui  non  
Eqo  oui  non ANSM  oui  non  
Autres : .....

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

*\*il est indispensable de remplir cette rubrique*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

cachet et signature du pharmacien