



## DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÈMENT DE PHARMACIEN MAÎTRE DE STAGE

☐ 1ère demande

☐ Renouvellement

Mme - M :

Pharmacien Adjoint ☐

Pharmacien Titulaire ☐

N°RPPS :

Adresse professionnelle :

Code postal :

Ville :

Dénomination commerciale de la pharmacie :

 officine :

 portable :

 courriel :

N° FINESS géographique :

**Si votre demande est liée à un renouvellement d'agrément, compléter les informations suivantes:**

|                                                    |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motif de la demande                                | <input type="checkbox"/> Echéance de l'agrément<br><input type="checkbox"/> Changement de lieu d'exercice (transfert, regroupement) |
| <b>Lors de votre précédente période d'agrément</b> |                                                                                                                                     |
| Avez-vous encadré des stagiaires ?                 | <input type="checkbox"/> Oui<br>Précisez les types de stage :<br><br><input type="checkbox"/> Non<br>Précisez pourquoi :            |
| Avez-vous participé aux jurys d'examen ?           | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                        |

### ⇒ VOTRE CAPACITÉ D'ENCADREMENT

#### Vous concernant

|                                                                       |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Quel est votre temps de présence hebdomadaire dans votre officine ?   |                                                                                         |
| Dans quel(s) domaine(s) vous êtes-vous formé ces 3 dernières années ? |                                                                                         |
| Avez-vous un engagement particulier* au sein de la profession ?       | <input type="checkbox"/> Oui<br>Précisez lesquels :<br><br><input type="checkbox"/> Non |

\* Exemples : professeur ou maître de conférence associé, conseiller ordinal, association de maîtres de stage, association de patients, réseaux de santé, structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS...), formateur, syndicat, URPS, etc....

**Pour information :** ce dossier servira de base à une visite d'un conseiller de stage. Il sera discuté à la Commission Pharmaceutique Officinale avec des représentants de l'Ordre (pour durée d'exercice, intégrité et DPC), de l'ARS, des maîtres de stage et des étudiants.



## Votre équipe officinale

### QUELLE EST LA COMPOSITION DE L'EQUIPE OFFICINALE :

|                                                       |                              |           |                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------|
| Pharmacien(s) co-titulaire(s)                         | <input type="checkbox"/> Oui | Combien ? | <input type="checkbox"/> Non |
| Pharmacien(s) adjoint(s)                              | <input type="checkbox"/> Oui | ETP:      | <input type="checkbox"/> Non |
| Préparateur(s) en pharmacie                           | <input type="checkbox"/> Oui | ETP:      | <input type="checkbox"/> Non |
| Etudiant(s) salarié(s) ( $\geq 3^{\text{ème}}$ année) | <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) .....                             |                              |           |                              |

### L'EQUIPE OFFICINALE A-T-ELLE SUIVI DES FORMATIONS DPC OU DE CERTIFICATION PERIODIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LES 3 DERNIERES ANNEES\*

|                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| DPC Pharmacien(s) co-titulaire(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| DPC Pharmacien(s) adjoints(s)     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| DPC Préparateurs en pharmacie     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### PRECISEZ LES DOMAINES DE FORMATION DE L'EQUIPE :

\* Le document de traçabilité du DPC ou attestations de formation des pharmaciens (co-titulaires ou adjoints) seront demandés lors de la visite de l'officine ainsi que les attestations de formation des préparateurs.

### AUTRES FORMATIONS SUIVIES PAR L'EQUIPE (HORS DPC) \* (ex: Diplôme universitaire, formation spécialisée etc.)

### Y A-T'IL UN PLAN DE FORMATION DE L'EQUIPE ?

(le fournir au moment de la visite du conseiller de stage)

☐ Oui ☐ Non

## ➡ VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL

### VOTRE OFFICINE

Dispose-t-elle d'un ou plusieurs espaces de confidentialité dans la partie accessible au public de votre officine permettant la dispensation et la mise en œuvre des missions ? ☐ Oui ☐ Non

Dispose-t-elle d'un préparatoire fonctionnel ☐ Oui ☐ Non

### COMPETENCES PROFESSIONNELLES

Etes-vous en capacité de former les étudiants dans les 4 domaines suivants ? (Cochez les item concernés)

|                                                           |                                                                                   |                          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Dispenser des médicaments et les autres produits de santé | Vérifier la validité réglementaire                                                | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Réaliser l'analyse pharmaceutique                                                 | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Réaliser tout type de dispensation                                                | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Effectuer la Préparation des Doses à Administrer (PDA)                            | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Préparer un plan de prise                                                         | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Effectuer le double contrôle                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Gérer une erreur de dispensation                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Accompagner le patient dans son parcours de soin          | Réaliser une intervention pharmaceutique                                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Proposer les mesures hygiéno-diététiques adaptées                                 | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Réaliser des entretiens pharmaceutiques                                           | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Faire un suivi de l'adhésion au traitement                                        | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Mettre en place des bilans partagés de médication                                 | <input type="checkbox"/> |
| Exploiter et gérer une officine                           | Savoir répondre à une demande de préparations magistrales (sous-traitance ou non) | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Connaître les différents acteurs socio-économiques en lien avec l'officine        | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Découvrir la politique managériale et comptable                                   | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Utiliser les outils numériques                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Déployer des actions de prévention et de santé publique   | Vaccination                                                                       | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | TRODs                                                                             | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Actions de dépistage                                                              | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Bilans de prévention                                                              | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Education thérapeutique du patient (en dehors de l'officine)                      | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Réaliser une déclaration de pharmacovigilance                                     | <input type="checkbox"/> |
|                                                           | Collaborer avec les autres professionnels de santé                                | <input type="checkbox"/> |

## ➡ LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS VOTRE OFFICINE

Avez-vous réalisé un questionnaire d'auto-évaluation\* (DQO, QMS etc...) ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous débuté ou déjà mis en place une démarche de la qualité dans votre officine\* ? ☐ Oui ☐ Non

*\*Les documents à l'appui vous seront demandés lors de la visite de votre officine*

Disposez-vous de référentiels (DQO, référentiel SFPC, CNIL, référentiel Groupement ..) ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'un référent qualité dans votre équipe ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous certifié ou engagé dans une démarche de certification ? ☐ Oui ☐ Non

## ⇒ LES MOYENS MIS À DISPOSITION DU STAGIAIRE

Vos stagiaires devront disposer de plages horaires dédiées au travail personnel, l'officine comporte-t-elle un espace disponible permettant à un étudiant de réaliser ces travaux pédagogiques ? ☐ Oui ☐ Non

## ⇒ QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS POUR DEVENIR MAÎTRE DE STAGE ? DÉTAILLEZ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE POUR LES ÉTUDIANTS

## ⇒ DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES MAÎTRES DE STAGE : LA CHARTE D'ENGAGEMENT

La « charte d'engagement » (document joint) rappelle les devoirs d'un maître de stage agréé vis-à-vis de son stagiaire et de l'UFR de pharmacie octroyant l'agrément. Elle doit obligatoirement être signée et retournée avec le questionnaire.

**Signature du demandeur**

**Signature du ou des titulaires du lieu d'exercice**

**Cachet et signature**  
CERTIFIE SINCÈRE