

**DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÉMENT DES  
MAÎTRES DE STAGE DES UNIVERSITÉS  
EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

Nouvelle demande

Renouvellement

En cas de renouvellement d'agrément, précisez la date de la précédente demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Changement du niveau d'accueil du stage :

Si oui,       Niveau 1       SASPAS

### **Présentation**

#### **Etat Civil**

Titre de politesse :

Titre universitaire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexe :

Mail :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

#### **Lieu d'exercice :**

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone professionnel :

Fax :

## EXERCICE

### **Information sur l'exerce :**

Année du diplôme : \_\_\_\_\_ Année de l'installation : \_\_\_\_\_

N° ADELI : \_\_\_\_\_ N° RPPS : \_\_\_\_\_

Secteur :       Secteur 1     Secteur 2     Secteur optionnel

Formation à la  
maîtrise de stage :

### **Formation à la maîtrise de stage : Formation pédagogique**

| <b><u>Date</u></b> | <b><u>Nom de la Formation</u></b> | <b><u>Organisme formateur</u></b> |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                    |                                   |                                   |
|                    |                                   |                                   |
|                    |                                   |                                   |
|                    |                                   |                                   |

### **Description du lieu de stage :**

Zone déficitaire :     oui                       non

Zone d'activité :

Rurale (< 2000 habitants)       semi-rurale       urbaine

Mode d'exercice :

Isolé     En cabinet de groupe, nombre d'associés MG  
 En maison médicale (MG + paramédicaux)     En maison de santé pluriprofessionnelle (contrat ARS)

Secrétariat :

Sur place               Téléphonique               Autre

Organisation des consultations :

Sur rendez-vous     Sans rendez-vous               Les deux

**Activités au sein du cabinet auxquels les internes de médecine général peuvent participer :**

Consultation de médecine générale :

Libérale  Salariée

Autres soins ambulatoires (PMI, EHPAD...) : \_\_\_\_\_

Avez-vous des activités dans les pratiques suivantes :

Gynécologie  Pédiatrie  Gériatrie  Soins palliatifs  
 Acupuncture  Homéopathie  Médecine du sport  Médecine d'urgence  
 Addictologie  Diététique  Ostéopathie

Autre :

Leur part dans votre activité en % : \_\_\_\_\_

---

Avez-vous une formation supplémentaire : DU, DIU, capacité, DESC

Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Participer-vous à des Groupes d'Échange de Pratique ?

Oui  Non

Participez-vous au développement professionnel continu ?

Oui  Non

Participez-vous à des réseaux de surveillance :

Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Etes-vous abonné à des revues ?

Oui  Non

Si oui laquelle ou lesquelles : \_\_\_\_\_

Etes-vous adhérent au CNGE ?

Oui  Non

Etes-vous adhérent au collège de votre faculté ?

Oui  Non

Etes-vous adhérent à d'autres sociétés savantes ?

Oui  Non

Si oui , laquelle, ou lesquelles : \_\_\_\_\_

**Description du type d'activité sur le lieu de stage :**

**Activités : utiliser les données du RIAP :**

**Nombre reporté à la région « de \* à \*\*\*\* »**

Consultations

Visite

Autres actes

**Répartition de la patientèle en %**

Moins de 16 ans : \_\_\_\_\_

16 à 59 ans : \_\_\_\_\_

60 à 69 ans : \_\_\_\_\_

70 ans et plus : \_\_\_\_\_

L'interne sera-t-il amené à effectuer des visites seul (e) :

Oui

Non

**Moyen mis à disposition de l'interne :**

Le cabinet comporte-t-il un point d'eau :

Oui

Non

Le cabinet est-t-il informatisé :

Oui

Non

Avez-vous un accès Internet avec possibilité de recherche documentaire ?

Oui

Non

L'interne peut bénéficier de son propre bureau de consultation :

Oui

Non

**Restauration :**

L'interne doit-il prévoir pour se restaurer : Oui Non

L'interne a-t-il accès au sein du cabinet à un lieu pour se restaurer : Oui Non

Des lieux de restaurations sont-ils possible aux alentours du cabinet : Oui Non

**Transport :**  bus  train  autre

**Hébergement :**

Proposez-vous un lieu d'hébergement pour l'interne : Oui Non

**Description de l'encadrement :**

*Mettre une croix dans chaque case pour les demi-journées de travail par semaine. Précisez quelles sont les demi-journées où vous ne souhaitez pas accueillir d'interne.*

|            | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
|------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|
| Matin      |       |       |          |       |          |        |
| Après-midi |       |       |          |       |          |        |

## **PROJET PEDAGOGIQUE PROPOSE PAR LE MAITRE DES STAGE DES UNIVERSITES**

Le projet pédagogique du lieu de stage correspond à l'offre de formation du lieu de stage aux internes qu'il accueille. Il doit s'inscrire dans les objectifs du DES (référentiel métier - compétences), s'orienter vers les compétences qu'il doit acquérir et tenir compte du programme de l'enseignement théorique proposé par la faculté.

Ces objectifs pédagogiques présentés par le département de médecine générale seront détaillés sous forme d'une liste de compétences attendues comme acquises en fin de stage. Elles peuvent concerner le champ des connaissances théoriques, de leur application en situation de soins ou d'urgence, de la maîtrise de la relation médecin-patient et médecin-famille, de la capacité de travailler avec d'autres professionnels de santé et de la recherche.

Le projet pédagogique n'est en aucun cas un bilan d'activité du lieu de stage. Il concerne la finalité de l'activité de l'interne dans le lieu de stage, et ne se limite pas au planning de son travail ou à l'énumération de gestes techniques acquis par l'interne en fin de stage.

Ce projet doit développer les aspects Soins, Enseignement et le cas échéant de Recherche du lieu de stage