

A envoyer à :

**par e-mail, uniquement sous format Pdf**

**pharmacie-scol-cycle1@univ-amu.fr**

**Tout dossier incomplet ou non rempli correctement ne sera pas traité**

**Délai d'obtention de l'agrément : compter un an**

**(Cf. « Règlement intérieur et Déontologie des stages en officine »)**

**<https://applis-pharma.univ-amu.fr/Stages-Officine/documents-ressources.php>**

**Les documents suivants doivent nous être envoyés :**

1. Demande d'agrément ou de renouvellement : 5 pages. La partie « Motivations » sera étudiée minutieusement en commission, de la même manière pour une première demande comme pour un renouvellement.
2. Le document « **Synthèse triennale des actions de DPC et autres activités** » sur lequel figurent **au moins deux** actions de DPC effectuées **les 3 dernières années** : imprimer la fiche en se rendant sur le site internet de l'ANDPC. Elle doit impérativement comporter le nom du titulaire demandeur. **TOUT AUTRE JUSTIFICATIF EST IRRECEVABLE.**

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

1ère demande

Renouvellement

**MERCI DE FOURNIR TOUTES LES ATTESTATIONS DPC EN VOTRE POSSESSION**

## 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, syndical 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

Total

Année

Année

Année

Année

Année

d'agrément écoulée :

20.....

20.....

20.....

20.....

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 (justificatifs des 3 dernières années à mettre à disposition)

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

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

**- DPC :**

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

**- 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 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 : .....

### **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)  oui  non

Documents de référence nécessaires à l'analyse pharmaceutique des dispensations  oui  non

Si oui, lesquels : .....



# CHARTRE D'ENGAGEMENT

## EN VUE DE L'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

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 -

Le pharmacien s'engage à :

- 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.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**signature du maître de stage**

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

Monsieur  
SELARL PHIE  
06210 MANDELIEU LA NAPOULE  
Pharmacien  
Pharmacien titulaire d'officine

**Action(s) de DPC**

Titre	Organisme	Type de l'action	Fin
La vaccination antigrippale à l'officine - décret n° 2019-357	ATOOPHARM	Formation continue	
BILAN DE MEDICATION	MADEA	Formation continue	
Prise en charge des patients et accompagnement des patients sous Anti Vitamine K (AVK) par le pharmacien et l'équipe officinale	MADEA	Formation continue	
ASTHME	MADEA	Formation continue	

**Autre(s) action(s) de formation**

Titre	Organisme	Type de l'action	Date de formation
CONSEILS DES PHARMACIENS FACE AUX PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES	MADEA	Formation continue	
CONSEILS DES PHARMACIENS SUR LE SUIVI DE LA VACCINATION	MADEA	Formation continue	

**Autre(s) activité(s) de maintien des compétences**

Type	Description	Année
Aucune donnée		