

Demande de reconnaissance ou réévaluation comme établissement de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

- Demande de **reconnaissance** comme établissement de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique
- Demande de **réévaluation** comme établissement de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

Établissement de formation

Nom : _____

Lieu : _____

La demande de reconnaissance ou de réévaluation comme établissement de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique doit être adressée par écrit à la FPH Hôpital au moyen du formulaire prévu à cet effet (art. 4.1.2 et art. 4.1.3 du programme de formation complémentaire en pharmacie clinique (PC)). Font foi les critères de reconnaissance définis dans l'annexe IV, PC.

Ce formulaire FP28 est valable à partir du 01.01.2024

1 Institution

1.1 Informations générales

Institution : _____

Nom de la pharmacie d'hôpital : _____

Adresse : _____

Code postal, ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Pharmacien-ne Chef-fe de la pharmacie d'hôpital : _____

Pharmacien-ne Chef-fe adjoint-e de la pharmacie d'hôpital : _____

1.2 Cahier de charge et taille

Nombre de lits : _____

Dont

Lits de soins aigus : _____

Lits de soins chroniques : _____

Lits ambulatoires : _____

Services :

- | | | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Gynécologie-obstétrique | <input type="checkbox"/> Médecine interne |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Réhabilitation | <input type="checkbox"/> Médecine de transplantation | <input type="checkbox"/> Urologie |

Autres : _____

1 Organisation

1.1 Concept de formation et financement

L'établissement propose un programme de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique :

Oui

Non

Si oui:

depuis: _____

L'établissement propose le programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière :

Oui

Non

Si oui:

depuis: _____

Un concept et un plan écrit de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique est disponible :
Veuillez svp joindre le concept/plan.

Oui

Non

Le financement du poste de formation complémentaire est garanti :

Oui

Non

Un contrat écrit définissant les conditions, obligations et droits des personnes en formation est disponible : Oui Non
 Si oui, veuillez SVP joindre une copie du contrat.

Formateur·trice principal·e

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialisation : _____ Taux d'activité : _____

Le·la formateur·trice est reconnu·e en tant que formateur·trice principal·e en pharmacie clinique : Oui Non Soumis le : _____

Autres formateur·trice·s impliqué·e·s dans la prise en charge:

La prise en charge de la personne en formation est assurée par la présence et l'implication d'une équipe de pharmacien·ne totalisant au moins 1 ETP présentant les compétences requises pour l'encadrement de la formation. Les pharmacien·ne·s doivent pouvoir faire valoir une expérience professionnelle et une formation continue répondant aux critères de l'art. 2.7. du PC au cours des 2 années précédant la demande de reconnaissance du site de formation (al. 2 annexe IV, PC).

Spécialisation	Nombre	Total ETP
Pharmacien·ne spécialiste en pharmacie hospitalière	_____	_____
Certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique	_____	_____
Les deux spécialisations	-	_____

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialisation : _____ Depuis : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialisation : _____ Depuis : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialisation : _____ Depuis : _____

Participation d'un·e des formateurs·trices impliqué·e·s à la réunion annuelle des formateurs·trices : Oui Non

1.2 Management

La pharmacie d'hôpital

- figure comme service indépendant dans l'organigramme de l'institution : Oui Non
- A son propre organigramme : Oui Non
 Veuillez SVP joindre une copie de l'organigramme de la pharmacie.
- Offre un service 24/24h : Oui Non

1.3 Gestion de la qualité

Il existe un système de management de la qualité dans la pharmacie : Oui Non
 Si oui, veuillez SVP joindre une copie du concept et la liste des secteurs concernés.

Certification de la pharmacie d'hôpital : Oui Non
 Si oui :

Laquelle ? Quand ?
 Si oui, veuillez SVP joindre une copie du certificat.

Un système de gestion des erreurs existe dans l'institution : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

1.4 Concept de formation continue

Un concept de formation continue existe dans la pharmacie d'hôpital : Oui Non
 Si oui, veuillez SVP joindre une copie du concept de formation continue.

Il existe des colloques de formation continue à l'interne de la pharmacie d'hôpital organisés de manière :
 hebdomadaire mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

La participation à des cours de formation continue est obligatoire pour le personnel de la pharmacie d'hôpital : Oui Non

3. Locaux et infrastructures

3.1 Locaux

Officine Locaux de stockage Salles de production Laboratoires (analyses) Bureaux
 Bibliothèque Salle de réunion

Autres locaux : _____

3.2 Infrastructures

La personne en formation dispose d'un poste de travail: Oui Non

Dans la pharmacie d'hôpital la littérature spécialisée suivante est disponible :
 ouvrages professionnels manuels et guides revues spécialisées lois et règlements
 accès à des bases de données pertinentes pour la pharmacie hospitalière
 Veuillez SVP joindre une liste de la littérature et des bases de données disponibles.

La personne en formation a accès à la documentation électronique : Oui Non

Le personnel de la pharmacie a libre accès à la bibliothèque médicale de l'institution : Oui Non

4 Pharmacie orientée patients et prestations cliniques

4.1 Information sur les médicaments

Au sein de l'institution, la pharmacie d'hôpital est responsable de :

- mettre à disposition, valider, transmettre et archiver les informations concernant les médicaments Oui Non
- fournir des réponses écrites et/ou orales aux questions pharmaceutiques sur les médicaments Oui Non
- dispenser une formation continue sur des thèmes spécifiques à la médication:
 - aux médecins
 - aux soignants
 - à d'autres disciplines à l'hôpital
- gérer les aspects de pharmacovigilance Oui Non

4.2 Collaboration interdisciplinaire

Participation à des visites :

Type	Fréquence			
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____

Autres collaborations interdisciplinaires :

Type	Fréquence			
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____
_____	<input type="checkbox"/> quotidienne	<input type="checkbox"/> hebdomadaire	<input type="checkbox"/> mensuelle	Autres : _____

Dosage thérapeutique des médicaments : Oui Non

Autres projets interdisciplinaires : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

La pharmacie d'hôpital est membre :

- de la commission des médicaments Oui Non
- d'une autre commission Oui Non

Si oui, laquelle : _____

La pharmacie d'hôpital participe activement dans les commissions ou les activités suivantes :

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • hygiène hospitalière ainsi que la prévention et le contrôle des infections | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • nutrition clinique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • laboratoires cliniques | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • dispositifs médicaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • sécurité du circuit du médicament | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • autres domaines particuliers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, lesquels : _____

5 Logistique

5.1 Gestion du stock

Existence d'un système électronique de gestion de stock Oui Non

Suivi des livraisons de médicaments aux services internes de l'institution (statistiques/indicateurs) Oui Non

5.2 Sélection des médicaments

Collaboration à l'évaluation et la sélection des médicaments Oui Non

Des critères de sélection des médicaments par la commission des médicaments sont définis : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

Publication d'une liste des médicaments interne à l'hôpital : Oui Non

5.3 Gestion des pharmacies d'unités de soins

La gestion / le contrôle des pharmacies d'unités de soins s'effectue :

- | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| • ponctuellement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • régulièrement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, à quelle fréquence ?

quotidienne hebdomadaire mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Autres activités cliniques dans des unités de soins : Oui Non

Description : _____

Remarques générales : _____

Lieu/date : _____

Signature

Demandeur·euse :

Remarques :

Le formulaire dûment rempli doit être adressé avec les annexes nécessaires au secrétariat FPH Hôpital par e-mail : FPH@gsasa.ch

La réévaluation des établissements de formation complémentaire FPH a lieu périodiquement, au moins tous les sept ans et à chaque changement de formateur·trice principal·e. (art. 4.1.3, PC).

La dénomination « spécialiste en pharmacie hospitalière » est utilisée dans ce formulaire pour le titre de formation postgrade fédéral ou un diplôme étranger équivalent selon le droit fédéral, ainsi que pour le titre de spécialiste en pharmacie hospitalière FPH de droit privé.

Le texte français fait foi.

Abréviations:

al. alinéa

art. article

ETP Équivalent temps plein

PC programme postgrade de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

Check-list des annexes

- copie du concept et du plan de formation
- modèle du contrat avec la personne en formation
- organigramme de la pharmacie d'hôpital
- concept du système de gestion qualité
- certificat du système de gestion qualité
- concept de formation continue de la pharmacie d'hôpital
- liste de la littérature et des bases de données disponibles
- autres documents :

D'autres documents ou attestations peuvent être demandés et doivent être à disposition lors de l'inspection.