

Annnonce du début de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

Candidat

Titre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Le formateur responsable s'engage à annoncer au moyen du formulaire officiel à la FPH Hôpital le début de la formation de chaque candidat (art. 2.6 et annexe V du programme postgrade de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique (PC)).

Ce formulaire n° 10170007 est valable à partir du 30 octobre 2016 et remplace la version du mois d'avril 2014. Établit : 23 septembre 2016/BU
Approuvé par consultation e-mail FPH Hôpital du 11 octobre 2016

1 Données personnelles du candidat

Adresse privée :

Rue :

Code postal, lieu :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance:

Affiliations :

GSASA

Oui

Non

Demande
soumise le: _____

pharmaSuisse

Oui

Non

Demande
soumise le: _____

2 Formation universitaire et postgrade

2.1 Formation universitaire

Diplôme de pharmacien :

diplôme fédéral

diplôme étranger reconnu par la confédération

Autres formations :

Oui

Non

Titre/diplôme :

Année :

Lieu de formation :

2.2 Formation postgrade

Pharmacien spécialiste en pharmacie
hospitalière :

Oui

Non

2.3 Doctorat

Doctorat

Oui

Non

Si oui :

Université/Faculté :

Section :

Année de remise du titre :

Thème de la thèse :

3 Emploi/site de formation

3.1 Site de formation (avec le formateur principal)

Description du poste : _____ Taux d'activité : _____
(pendant la formation)

Institution : _____

Nom de la pharmacie d'hôpital : _____

Adresse : _____

Code postal, lieu : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

3.2 Autre site de formation

Activité dans un autre site de formation : Oui Non

Si oui,

Description des activités spécifiques : _____

Taux d'activité / durée : _____

Institution : _____

Lieu : _____

4 Formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

4.1 Durée

Début de la formation postgrade : _____ Fin prévue de la formation postgrade : _____

4.2 Formateur responsable

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone direct : _____

E-mail : _____

4.3 Éléments de la formation postgrade

Un contrat écrit réglant les conditions, obligations et devoirs respectifs entre les candidats et la pharmacie d'hôpital est élaboré :

Oui

Non

5 Déclaration des conflits d'intérêts du formateur responsable

Intérêts financiers ou de propriété de tout type dans l'industrie pharmaceutique et d'autres entreprises de santé : actions, participations, obligations, droits de propriété, droits de brevet, etc.

Activités pour l'industrie pharmaceutique et d'autres entreprises de santé : engagements comme employé ou sur mandats, membre de conseils scientifiques ou autres activités comme conseiller ou expert (même à titre gracieux, mais pas activités uniques/non renouvelables)

Fonds fournis par un tiers / dons de la part d'une industrie pharmaceutique ou d'autres entreprises de santé : reçus par la pharmacie d'hôpital (y compris les paiements sur des fonds de l'hôpital à l'attention de la pharmacie hospitalière), les pharmaciens chefs doivent tout déclarer, les autres doivent uniquement déclarer les fonds fournis par un tiers / dons pour les projets qui les concernent eux-mêmes, pas de déclaration des avantages financiers ponctuels (p.ex. invitation à des congrès)

Relations personnelles avec des personnes de l'industrie pharmaceutique et d'autres entreprises de santé : parenté de premier degré et/ou personnes vivant dans le même ménage

Autres affiliations : associations professionnelles (avec indication de la fonction au sein de l'association concernée), partis politiques (député élu démocratiquement au niveau cantonal ou national)

Commentaires :

Je confirme que ma déclaration concernant les conflits d'intérêts indiqués est conforme à la vérité, complète et n'est pas en contradiction avec ma fonction de formateur responsable.

Lieu et date :

Signature du
formateur
responsable :

Remarques générales :

Le formateur responsable annonce que le candidat susmentionné a commencé la **formation complémentaire FPH en pharmacie clinique** dans le site de formation susmentionné. Il s'engage à mener la formation postgrade selon la réglementation pour la formation postgrade FPH de pharmaSuisse et le programme postgrade de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique en vigueur.

Formateur responsable

Lieu et date :

Signature :

Candidat

Lieu et date :

Signature :

Remarques :

Le formulaire dûment rempli doit être adressé immédiatement après le début de la formation au secrétariat FPH Hôpital par E-Mail : gsasa@gsasa.ch (annexe V, PC).

À l'issue de la formation postgrade, le formateur responsable inscrit le candidat dans les délais à l'examen oral au moyen de formulaire d'inscription publié sur le site internet GSASA (www.gsasa.ch)

Le formateur responsable signale sans délai à la FPH Hôpital les modifications importantes influençant le déroulement de la formation postgrade (Annexe V, PC).

Seul le masculin a été utilisé pour les termes désignant des personnes. Ceux-ci s'appliquent de manière égale aux femmes et aux hommes.

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 allemand fait foi.

Abréviations :

art. article

PC programme postgrade de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

Check-list des annexes

- copie du diplôme de pharmacien
- autres documents: