

# Demande de reconnaissance ou de réévaluation comme formateur FPH en pharmacie clinique

- Demande de **reconnaissance** en tant que formateur FPH en pharmacie clinique
- Demande de **réévaluation** comme formateur FPH en pharmacie clinique

## Formateur

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

*La demande de reconnaissance ou de réévaluation comme formateur 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 FPH en pharmacie clinique (PC)). Font foi les critères de reconnaissance définis dans l'annexe III, PC.*

Ce formulaire n° 10170003 est valable à partir du 30 octobre 2016 et remplace la version du 27 avril 2015.  
Établit : 23 septembre 2016/BU  
Approuvé par consultation e-mail FPH Hôpital du 11 octobre 2016

## 1 Institution

Institution : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie d'hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal, lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone direct : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

La pharmacie d'hôpital est reconnue comme  
établissement de formation complémentaire FPH  
en pharmacie clinique :

Oui

Non

Demande  
soumise le: \_\_\_\_\_

Si oui, depuis : \_\_\_\_\_

## 2. Expérience

### 2.1 Expérience professionnelle

Description du poste : \_\_\_\_\_

Taux d'activité : \_\_\_\_\_

Taux d'activité clinique % : \_\_\_\_\_

Membre GSASA :

Oui

Non

### 2.2 Formation postgrade

Certificat de formation complémentaire FPH en  
pharmacie clinique :

Oui

Non

Si oui, depuis : \_\_\_\_\_

La formation continue annuelle exigée pour le  
certificat en pharmacie clinique au cours des 3  
dernières années est suivie :

Oui

Non

Si oui, depuis : \_\_\_\_\_

Spécialiste en pharmacie hospitalière :

Oui

Non

Si oui, depuis : \_\_\_\_\_

Autres formations postgrades :

Oui

Non

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_

Lieu de formation  
postgrade : \_\_\_\_\_



**2.5 Membre dans des commissions internes de l'hôpital**

Membre / participation active dans des commissions et groupes de projets interdisciplinaires de l'hôpital:  Oui  Non

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

**2.6 Membre dans des commissions externes de l'hôpital**

Membre / Participation active dans des commissions et groupes de projets externes de l'hôpital :  Oui  Non

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

**3 Enseignement**

**Les critères du point 3.1 ou du point 3.2 doivent être remplis.**

**3.1 Activité d'enseignement**

Activité régulière d'enseignement dans le domaine de la pharmacie à l'université, dans le cadre de cours professionnels ou d'écoles professionnelles au cours des 3 dernières années (au minimum 2 cours par année) :  Oui  Non

Si oui, quelle activité d'enseignement :

Formation universitaire, postgrade et/ou continue	Lieu du cours	Année
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 3.2 Activité comme orateur

Activité régulière comme orateur ou responsable d'ateliers :  Oui  Non

- dans le cadre de sociétés professionnelles ou
- lors de cours reconnus par la FPH Hôpital ou
- auprès des infirmières et/ou des médecins de l'hôpital dans lequel exerce le formateur

au cours des 3 dernières années (minimum deux cours par année).

Si oui, quelles sont les conférences, ateliers (reconnus par la FPH Hôpital) et/ou colloques internes à l'hôpital :

Titre de la présentation / atelier	Organisateur	Année

Titre du colloque au sein de l'institution	Public cible	Année

### 4 Réunions des formateurs

le demandeur s'assure qu'au moins un représentant de son établissement impliqué dans la prise en charge du candidat participe aux réunions des formateurs en pharmacie clinique organisées annuellement par la FPH Hôpital (annexe IV, PC).

## 5 Remarques

Remarques générales :

---



---



---

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature  
Demandeur : \_\_\_\_\_

*Remarque :*

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

*La réévaluation du formateur est effectuée au moins tous les sept ans, ainsi qu'en cas de modification des critères de reconnaissance ci-dessus (art. 4.1.3, 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

- Curriculum vitae
- autres documents :

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