

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·trice

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Les conditions requises pour être reconnu-e en qualité de formateur·trice principal-e pour la formation complémentaire FPH en pharmacie clinique sont définies dans l'annexe III, PC.

Ce formulaire FP29 est valable à partir du 01.01.2024

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
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

3.2 Activité comme orateur

Activité régulière comme orateur·trice 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·la formateur·trice 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·trices

le·la demandeur·euse s'assure qu'au moins un·une représentant·e de son établissement impliqué·e dans la prise en charge de la personne en formation participe aux réunions des formateurs·trices organisées annuellement par la FPH Hôpital (annexe IV, PC).

5 Remarques

Remarques générales :

Lieu et date :

Signature :

Remarque :

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

La réévaluation du/de la formateur-trice principal-e 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).

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 :

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.