

Annnonce du début de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière

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 II du programme de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière).

Ce formulaire n° 10170002 est valable à partir du 1^{er} juin 2016 et remplace la version du mois de mai 2015.
Établi : 6 avril 2016/BU
Approuvé par la FPH Hôpital Fribourg, 20 avril 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

Autres formations postgrades :

Oui

Non

Titre/diplôme :

Année :

Site de formation :

2.3 Doctorat

Doctorat :

Oui

Non

Doctorat en cours ou envisagé :

Oui

Non

Début :

Si doctorat en cours ou terminé :

Université/Faculté :

Section :

Année de remise du titre :

Thème de la thèse :

3 Emploi/site de formation

Description de la position : _____

Taux d'activité : _____

Institution : _____

Nom de la pharmacie d'hôpital : _____

Adresse : _____

Code postal, lieu : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

4 Formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière

4.1 Durée

Début de la formation postgrade : _____

Fin prévu 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

4.4 Formation postgrade pratique externe

Périodes de formation pratique externe dans un établissement de formation postgrade externe reconnu par la FPH Hôpital :

 Oui Non

Si oui, lesquelles :

Établissement de formation postgrade

Durée

Objectifs de formation

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Périodes de formation pratique externe dans un établissement de formation postgrade non reconnu (au maximum 2 périodes de moins de 6 mois) : Oui Non

Si oui, lesquelles :

a) Établissement de formation postgrade Durée Objectifs de formation

Une reconnaissance de cette période de formation externe existe :

Oui Non Soumise le : _____

b) Établissement de formation postgrade Durée Objectifs de formation

Une reconnaissance de cette période de formation externe existe :

Oui Non Soumise le : _____

5 Déclaration des conflits d'intérêts

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 postgrade FPH en pharmacie hospitalière** 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 de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière en vigueur.

Formateur responsable

Lieu et date : _____

Signature : _____

Candidat

Lieu et date : _____

Signature : _____

Remarque :

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 II PFP).

À l'issue de la formation postgrade, le formateur responsable inscrit le candidat dans les délais à l'examen de spécialiste en pharmacie hospitalière 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 II, PFP).

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

Abréviations :

*art. article
PFP Programme de formation postgrade*

Check-list des annexes

- copie du diplôme de pharmacien
- autres documents :