

# Demande de reconnaissance ou de réévaluation comme établissement de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière

- Demande de **reconnaissance** comme établissement de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière
- Demande de **réévaluation** comme établissement de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière

## Établissement de formation postgrade :

Nom :

Lieu :

*La demande de reconnaissance ou de réévaluation comme établissement de formation postgrade doit être adressée par écrit au secrétariat FPH Hôpital au moyen du formulaire prévu à cet effet (art. 4.1.1, 4.1.2 et art. 4.1.3 programme de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière (PFP)). Les critères de reconnaissance de l'annexe IV, PFP sont appliqués.*

Ce formulaire n° 10170006 est valable à partir du 1er juin 2016 et remplace la version du mois de juin 2013.

Établit : 22 avril 2016/BU

Approuvé par consultation e-mail FPH Hôpital du 9 mai 2016

## 1 Institution

### 1.1 Informations générales

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

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

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

Code postal, ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Pharmacien Chef de la pharmacie d'hôpital : \_\_\_\_\_

Pharmacien Chef adjoint 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 : \_\_\_\_\_

## 2 Organisation

### 2.1 Concept de formation postgrade et financement

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

Oui

Non

Si oui,

Depuis : \_\_\_\_\_

Nombre de postes de formation postgrade : \_\_\_\_\_

Nombre de candidats en formation postgrade : \_\_\_\_\_

Un plan écrit de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière est disponible :

Oui

Non

Si oui, veuillez SVP joindre le plan de formation.

Le financement du poste de formation postgrade est garanti :

Oui

Non

Un contrat écrit définissant les conditions, obligations et droits des candidats en formation est disponible :

Oui

Non

Si oui, veuillez SVP joindre une copie du contrat.

Formateur responsable

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Spécialisation : \_\_\_\_\_

Taux d'activité : \_\_\_\_\_

Le formateur est reconnu en tant que formateur responsable FPH en pharmacie hospitalière:

Oui

Non

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

Autres spécialistes pharmaceutiques impliqués dans la prise en charge du candidat :

Spécialisation	Nombre	ETP
Pharmacien spécialiste en pharmacie hospitalière	_____	_____
Certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique	_____	_____
Participation à la réunion annuelle des formateurs :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres spécialistes impliqués :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels :		
Fonction : _____		Profession : _____
Fonction : _____		Profession : _____

## 2.2 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 24h/24 :  Oui       Non
- dispose d'une autorisation de commerce de gros :  Oui       Non

## 2.3 Gestion de la qualité

Il existe un système 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, lequel : \_\_\_\_\_

## 2.4 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  laboratoires (analyses)  bureaux  bibliothèque  salle de réunion

Salles de production pour  fabrication stérile  fabrication non-stérile  cytostatiques  TPN

Autres locaux :

### 3.2 Infrastructures

Le candidat 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 relevantes pour la pharmacie hospitalière  
Veuillez SVP joindre une liste de la littérature disponible et des bases de données.

Le candidat 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

La pharmacie de l'hôpital est membre de la :

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Commission des médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Commission d'hygiène       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Commission d'éthique       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Commission de qualité      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Commission de sécurité     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Autre commission           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, laquelle :

---

Participation à des visites :  régulière  ponctuelle

Si oui, dans quels services :

---

Participation à des consultations :  régulière  ponctuelle

Si oui, quel type de consultations :

---

Activité dans des unités de soins :  régulière  ponctuelle

Si oui, laquelle :

---

Dosage thérapeutique des médicaments :  Oui  Non

Autres activités interdisciplinaires :  Oui  Non

Si oui, lesquelles :

---

#### 4.3 Collaboration dans des projets d'informatisation au sein de l'hôpital

Existence d'un système de prescription informatisée :  Oui  Non

- Si oui : la pharmacie est-elle responsable de la gestion des bases de données médicaments ?  Oui  Non
- Si non : l'introduction de la prescription informatisée est-elle prévue ?  Oui  Non
  - Si oui : une collaboration est-elle prévue dans le cadre de la mise en place de la prescription informatisée ?  Oui  Non

Collaboration dans d'autres projets d'informatisation hospitalière :  Oui  Non

Si oui, lesquels :

---

## 5 Logistique

### 5.1 Gestion du stock

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

Gestion

- des médicaments  Oui  Non
- des gaz médicaux  Oui  Non
- des produits de radiologie  Oui  Non
- des antidotes (assortiment pour centres régionaux)  Oui  Non
- des dispositifs médicaux  Oui  Non
- de produits techniques  Oui  Non
- d'autres produits  Oui  Non

Si oui, lesquels :

---

Utilisation d'un système automatique/robot pour la distribution des médicaments  Oui  Non

Distribution de médicaments aux clients internes  Oui  Non

Distribution de médicaments à des clients externes (commerce de gros)  Oui  Non

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

Gestion des stocks catastrophe  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  Oui  Non
- régulièrement  Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence ?

quotidienne  hebdomadaire  mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

## 6 Fabrication

### 6.1. Fabrication

Autorisation cantonale de fabrication :  Oui  Non  
 Autorisation de fabrication de Swissmedic :  Oui  Non

Types de production au sein de la pharmacie d'hôpital :

			Nombre de fabrications	Nombre de produits
Production non-stérile (défecture et production en série)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Production stérile (défecture et production en série)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
dont				
• Cytostatiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
• TPN	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
• autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
<u>Si oui, lesquelles :</u>				

			Nombre de fabrications	Nombre de produits
Fabrication récepture stérile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Fabrication récepture non-stérile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Produits destinés à des essais cliniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____

Développement régulier de nouvelles formulations galéniques :  Oui  Non  
 Fabrication à façon en tant que mandataire :  Oui  Non  
 Fabrication à façon en tant que client :  Oui  Non

### 6.2 Analyses

Existence d'un Laboratoire d'analyse :  Oui  Non

Exécution des analyses suivantes :			analyses/an
• Contrôles d'identité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
• Analyse quantitative et qualitative des matières premières et/ou des produits finis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
• Analyse microbiologique des matières premières et/ou des produits finis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____

Élaboration et validation de méthodes d'analyse  Oui  Non  
 Contrôles de l'environnement  Oui  Non

## 7 Pharmacies hospitalières avec une offre limitée

Si un établissement de formation ne remplit pas toutes les exigences requises selon l'annexe IV du PFP, une convention écrite doit exister avec une ou plusieurs pharmacies d'hôpital externes pour tous les modules de formation pratiques manquants. Le lieu et la durée doivent être indiqués dans le concept de formation postgrade (annexe IV, PFP).

S'il s'agit d'un établissement de formation *non* reconnu, le formateur responsable doit également soumettre une demande à la FPH Hôpital pour la reconnaissance des périodes de formation postgrade externes au moyen du formulaire à disposition sur le site [www.gsasa.ch](http://www.gsasa.ch) (cf annexe V, PFP).

Périodes de formation postgrade externes :  Oui  Non

Si oui :

Établissement de formation	Durée	Objectifs de formation
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____

Reconnaissance comme établissement de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière :

Établissement de formation a)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Soumise le : _____
Établissement de formation b)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Soumise le : _____
Convention écrite avec l'établissement de formation postgrade externe : Veuillez SVP joindre le contrat SVP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Remarques générales :

---



---



---



---

Lieu/date : \_\_\_\_\_ Signature Demandeur : \_\_\_\_\_

Remarques :

*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 de l'établissement de formation postgrade est effectuée au moins tous les sept ans, ainsi que lors de chaque changement du formateur responsable (art. 4.1.3, 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.*

*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*  
*ETP Équivalent temps plein*  
*PFP Programme de formation postgrade*

**Check-list des annexes**

- plan de formation
- modèle du contrat avec le candidat
- organigramme de la pharmacie de l'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
- convention écrite avec l'établissement de formation externe
- autres documents

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