

Demande de reconnaissance ou réévaluation comme formateur FPH en pharmacie hospitalière

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

Formateur

Titre :

Nom :

Prénom :

La demande de reconnaissance, réévaluation ou renonciation de la réévaluation comme formateur FPH en pharmacie hospitalière doit être adressée par écrit à la FPH Hôpital au moyen du formulaire prévu à cet effet (art. 4.1.1, 4.1.2 et art. 4.1.3 du programme de formation postgrade FPH en pharmacie hospitalière (PFP)). Font fois les critères définis dans l'annexe III, PFP.

Ce formulaire n° 10170004 est valable à partir du 1er juin 2016 et remplace la version du 22 juillet 2013.
Établi : 7 avril 2016/BU
Approuvé par la FPH Hôpital Fribourg le 20 avril 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
postgrade FPH en pharmacie
hospitalière:

Oui Non

Demande
soumise le : _____

Si oui, quand : _____

2 Expérience professionnelle et de direction

2.1 Expérience professionnelle

Description du poste : _____

Taux d'activité : _____

Poste de direction dans la pharmacie
d'hôpital :

Oui Non

Depuis : _____

Si oui, laquelle : _____

Membre GSASA :

Oui Non

2.2 Formation postgrade

Pharmacien spécialiste en pharmacie
hospitalière :

Oui Non

Si oui, depuis quand : _____

La formation continue annuelle exigée
pour le spécialiste en pharmacie
hospitalière au cours des 3 dernières
années est remplie :

Oui Non

Si oui, depuis quand : _____

Autres formations postgrades :

Oui Non

Titre/
diplôme :

Année :

Établissement de
formation postgrade :

Titre/
diplôme :

Année :

Établissement de
formation postgrade :

2.7 Autres pharmaciens impliqués dans la prise en charge

SVP à remplir uniquement à la condition suivante :

Si le critère « est porteur du titre de spécialiste en pharmacie hospitalière » est le seul critère qui n'est pas rempli, le formateur responsable peut néanmoins être reconnu, à condition qu'il soit pharmacien-chef d'un établissement reconnu de formation postgrade en pharmacie hospitalière et que la compétence de spécialiste soit assurée dans son établissement. Les conditions minimales suivantes doivent être remplies (annexe III, PFP) :

Prise en charge supplémentaire du candidat par :

- Au moins 2 spécialistes en pharmacie hospitalière (au total au moins 1 ETP, taux d'activité ≥ 0,4 ETP) OU
- Au moins un spécialiste en pharmacie hospitalière et un titulaire du certificat complémentaire en pharmacie clinique (au total au moins 1 ETP, taux d'activité ≥ 0,4 ETP).

Autres pharmaciens impliqués dans la prise en charge :

Nom :	_____	Prénom :	_____
Spécialisation :	_____	Taux d'activité :	_____
Nom :	_____	Prénom :	_____
Spécialisation :	_____	Taux d'activité :	_____
Nom :	_____	Prénom :	_____
Spécialisation :	_____	Taux d'activité :	_____

3 Enseignement

3.1 Suivi de thèses de doctorat / Travaux de diplôme FPH

Au cours des 3 dernières années, suivi de :

Titre :	Thèse de doctorat	Travail de diplôme FPH	Travail de certificat	Autres	Année
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

En l'absence de suivi de travaux, voir chapitre 5 (nécessité d'un superviseur pour le suivi des deux premiers travaux de diplôme).

Remarques 3.2 et 3.3 : une seule des deux exigences doit être remplie.

3.2 Activité d'enseignement

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

Oui Non

Si oui, quelle activité d'enseignement :

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

3.3 Activité comme orateur

Au moins 2 cours par an au cours des 3 dernières années :

Oui Non

- Orateur ou responsable d'ateliers dans le cadre de sociétés professionnelles, lors de cours reconnus par la FPH Hôpital et/ou
- Activité comme orateur auprès des infirmières et/ou des médecins de l'hôpital dans lequel exerce le formateur.

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 interne	Public cible	Année

4 Activité scientifique

Remarques 4.1 et 4.2 : une seule des deux exigences doit être remplie.

4.1 Direction de projet scientifique

Au cours des 3 dernières années, direction ou responsabilité principale d'au moins un projet scientifique avec rapport / publication :

Oui Non

Si oui :

Projet scientifique	Publication / Rapport		Année
_____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
_____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
_____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
_____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____

Si non, voir chapitre 5 (nécessité d'un superviseur pour le suivi des deux premiers travaux de diplôme).

4.2 Publications liées à la pratique de la pharmacie hospitalière

Au cours des dernières 3 années, activité scientifique régulière et continue liée à la pratique de la pharmacie hospitalière (posters à des congrès, recommandations internes à l'hôpital, etc.) :

Oui Non

Si oui :

Titre des publications / recommandations internes à l'hôpital etc.	Auteur	Co-Auteur	Année
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5 Supervision pour les travaux de diplôme

À remplir uniquement si les conditions suivantes ne sont pas remplies :

En cas de l'absence de preuve de l'accompagnement de thèses et/ou travaux de diplôme ainsi que la direction ou responsabilité principale d'au moins un projet scientifique avec rapport / publication, un formateur expérimenté et reconnu en pharmacie hospitalière doit assumer le rôle de superviseur pour les travaux de diplôme des deux premiers candidats. Un contrat écrit doit être soumis à la FPH Hôpital avec la demande de reconnaissance, dans lequel il est spécifié que le superviseur assume une responsabilité d'encadrement et de suivi dans le cadre des travaux de diplôme (annexe III, PFP).

L'accord du superviseur (formateur expérimenté et reconnu en pharmacie hospitalière) pour le suivi des travaux de diplôme des deux premiers candidats existe :

Oui Non

Superviseur :

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Établissement de formation
postgrade : _____

Téléphone direct : _____

E-mail : _____

6 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 organisées annuellement par la FPH Hôpital (annexe IV, PFP).

7 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.

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, 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 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

- Curriculum vitae
- autres documents :

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