

# Demande de reconnaissance d'une période de formation pratique externe pour la formation postgrade en pharmacie hospitalière dans un établissement de formation postgrade non reconnu

## Personne en formation

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

## Établissement de formation postgrade principal

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

Lieu : \_\_\_\_\_

## Formateur·trice principal·e

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

## Établissement de formation postgrade externe non reconnu

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

Lieu : \_\_\_\_\_

## Formateur·trice responsable de l'encadrement

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

## Durée de la période de formation pratique externe :

De: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_

*Selon l'art. 5.2.2 du PFP, seules comptent des périodes de formation postgrade ininterrompues d'au moins six mois dans le même établissement de formation. Trois courtes périodes inférieures à six mois sont cependant autorisées. Un maximum de 12 mois peuvent être effectués dans un établissement de formation postgrade non reconnu en Suisse ou à l'étranger. Une activité pharmaceutique dans le cadre de l'armée suisse, en tant que membre du Corps suisse d'aide en cas de catastrophe, de missions de la Croix-Rouge, de Pharmaciens sans Frontières ou dans le cadre d'actions d'aide similaires peut être validée pour la formation postgrade à raison d'au moins 1 mois et de 6 mois au maximum et est considérée comme formation postgrade pratique dans un établissement de formation postgrade non reconnu. Les stages pratiques de courte durée, jusqu'à un mois au maximum, ne nécessitent pas d'autorisation de l'Institut FPH. Le-la formateur·trice principal·e doit soumettre la demande de reconnaissance pour ces périodes de formation à la FPH Hôpital au moyen du présent formulaire. Sont appliqués les critères de reconnaissance de l'annexe V, PFP.*

Ce formulaire FP05 est valable à partir du 1.7.2023

## 1 Informations générales

### 1.1 Informations formateur·trice principal·le (reconnu·e par la FPH Hôpital pour l'ensemble de la formation postgrade)

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

Téléphone direct : \_\_\_\_\_

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

### 1.2 Informations sur l'établissement de formation externe

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

Nom de l'établissement de formation postgrade : \_\_\_\_\_

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

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

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Responsable de l'établissement de formation externe: \_\_\_\_\_

Formateur·trice responsable de l'encadrement : \_\_\_\_\_

## 2 Période de formation postgrade

### 2.1 Convention

Une convention écrite avec l'établissement de formation externe existe :  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la convention.



### 3.2 Infrastructures

- Le-la formateur-trice principal-e pour l'ensemble de la formation postgrade confirme que l'établissement de formation externe dispose de tous les locaux et infrastructures qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs de formation mentionnés sous 2.2.

En outre, les conditions suivantes sont remplies :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| La personne en formation dispose d'un poste de travail                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| La personne en formation a accès à la littérature spécialisée                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| La personne en formation a accès à un système électronique de documentation  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| La personne en formation a accès à la bibliothèque médicale de l'institution | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## 4 Formateur-trice responsable de l'encadrement

### 4.1 Identité

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Description du poste : \_\_\_\_\_ Taux d'activité : \_\_\_\_\_

### 4.2 Formation universitaire et postgrade

**Diplôme de pharmacien-ne**  Oui  Non

Si oui, lequel :

- diplôme fédéral ou diplôme étranger reconnu par la confédération  
 diplôme étranger

#### Formation postgrade / spécialisation

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_

A remplir uniquement si le-la formateur-trice responsable de l'encadrement n'est pas un pharmacien-ne :

**Autre formation :**  Oui  Non

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Lieu de formation : \_\_\_\_\_

#### Formations postgrades relevantes pour la prise en charge

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_

Titre/diplôme : \_\_\_\_\_

### 4.3 Thèse de doctorat /Privat-docence

Thèse de doctorat       Privat-docence       Professeur·e

Si oui :

Sujet de la thèse de doctorat : \_\_\_\_\_

Sujet de la thèse de privat-docence : \_\_\_\_\_

Domaine de recherche : \_\_\_\_\_

Activité d'enseignement actuel, sujet : \_\_\_\_\_

### 4.4 Activité scientifique

Activité scientifique relevante dans le domaine de l'objectif de formation à traiter :

Oui       Non

Projet scientifique

Publication / Rapport      Année

_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____

### 4.5 Autres formateur·trice·s impliqué·e·s dans la prise en charge de la personne en formation

#### Pharmacien·ne·s :

Spécialisation

Nombre

ETP

Pharmacien·ne spécialiste en pharmacie hospitalière

\_\_\_\_\_

Certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique

\_\_\_\_\_

Autres pharmacien·ne·s :

Oui       Non

#### Autres professions :

Oui       Non

Si oui, lequel·le·s :

Fonction : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

#### 4.6 Obligations du/de la spécialiste responsable de la prise en charge

Le/la spécialiste impliqué-e dans la prise en charge

- est disponible pendant toute la durée de la période de formation pratique externe.  Oui  Non
- est informé-e que la réalisation des objectifs de formation postgrade convenus durant la période de formation externe sera documentée en utilisant le formulaire «Évaluation des objectifs de formation pratique».  Oui  Non

#### 5 Personne en formation

Un questionnaire d'évaluation de la période de formation externe (établissement de formation externe et spécialiste impliqué-e dans la prise en charge) existe :

Oui  Non

Si oui, joindre le questionnaire SVP.

Remarques générales :

---



---



---

Lieu/date :

Signature

Formateur-trice principal-e :

*Remarque :*

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

*Le texte allemand fait foi.*

*Abréviations :*

*art.            article*  
*ETP            Equivalent temps-plein*  
*PFP            Programme de formation postgrade*

#### Check-list des annexes

- Copie de la convention avec l'établissement de formation externe
- Questionnaire d'évaluation de la période de formation externe