

Demande de reconnaissance d'une période de formation postgrade externe

NB : cette demande est à faire uniquement si la période externe (> 1 mois) n'est pas définie dans le concept de formation postgrade de l'établissement de formation principal (par son nom ou par la mention « établissement de formation postgrade reconnu en Suisse ou à l'étranger »)

Établissement de formation postgrade principal

Nom : _____

Lieu : _____

Formateur·trice principal·e

Titre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Établissement de formation postgrade externe

Nom : _____

Lieu : _____

Veuillez cocher ce qui correspond à cet établissement de formation postgrade externe:

- En Suisse**, établissement **reconnu** par l'Institut FPH comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière ou en pharmacie clinique pour le domaine de compétence A.
- En Suisse**, établissement **non reconnu** comme établissement de formation postgrade, ni en pharmacie hospitalière, ni en pharmacie clinique
- A l'étranger**, établissement **reconnu** comme établissement de formation postgrade dans son pays, la preuve doit être jointe à la demande
- A l'étranger**, établissement **non reconnu** comme établissement de formation postgrade dans son pays

Selon l'art. 5.2.2 du PFP 2023, 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 et est considérée comme formation postgrade pratique dans un établissement de formation postgrade non reconnu. Dans tous les cas, le·la formateur·trice principal·e doit adresser une demande écrite préalable à la FPH Hôpital pour la reconnaissance des périodes de formation postgrade pratique externes et intégrer ces dernières dans le concept de formation postgrade. 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 1.7.2024

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

Abréviations :

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

Check-list des annexes

- Copie du contrat avec l'établissement de formation externe
- A l'étranger: preuve que l'établissement est reconnu comme établissement de formation postgrade dans son pays

La suite de ce formulaire est à remplir uniquement pour les demandes concernant un établissement en Suisse non reconnu comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière (ou clinique pour le DC A), ou les établissements de formation postgrade à l'étranger sans reconnaissance correspondante dans leur pays.

1 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 : _____

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

Titre : _____

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

Si oui, lequel·le·s :

Oui Non

Fonction : _____

Profession : _____

Fonction : _____

Profession : _____

4.6 Obligations du·de la formateur·trice responsable de la prise en charge

Le·la spécialiste impliqué·e dans la prise en charge est informé que :

- il doit être disponible pendant toute la durée de la période de formation pratique externe. Oui Non
- la réalisation des objectifs de formation postgrade convenus durant la période de formation externe devra être documentée en utilisant le formulaire «Évaluation des objectifs de formation pratique», visés par lui Oui Non
- Doit fournir une attestation de travail pour le candidat

Lieu/date : _____

Signature
Formateur·trice principal·e : _____