

Annnonce du début de formation postgrade en pharmacie hospitalière

Personne en formation

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____
Date début de formation : _____

Établissement de formation postgrade principal

Nom : _____
Lieu : _____

Formateur·trice principal·e

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

La personne en formation s'engage à annoncer au moyen du formulaire officiel à la FPH Hôpital le début de sa formation (art. 6.2 et annexe II du programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière).

Ce formulaire FP01 est valable à partir du 01.07.2023

1 Données personnelles de la personne en formation

Adresse privée:

Adresse de facturation :

correspond à l'adresse privée
(si oui, ne pas remplir)

Institution :

Adresse :

Code postal,
lieu :

Téléphone :

Portable :

E-Mail :

Date de
naissance :

Affiliation :

GSASA

Oui

Non

Demande soumise le : _____

2 Formation universitaire et postgrade

2.1 Formation universitaire

Diplôme de pharmacien·ne :

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 : _____

Etablissement de formation : _____

Voulez-vous faire reconnaître cette formation achevée pour la formation postgrade en pharmacie hospitalière (selon l'art. 4.7 du PFP)?

Oui

Non

Si oui, veuillez joindre le certificat de fin d'études ainsi que le programme de formation postgrade.

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/établissement 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 en pharmacie hospitalière

4.1 Durée

Début de la formation postgrade : _____ Fin prévue de la formation postgrade : _____

4.2 Formateur·trice principal·e

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone direct : _____

E-Mail : _____

4.3 Contrat de formation

Un contrat écrit réglant les conditions, obligations et devoirs respectifs entre les personnes en formation 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 reconnu par la FPH Hôpital : Oui Non

Si oui :

Établissement de formation postgrade

Durée

Objectifs de formation

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Périodes de formation pratique externe dans un établissement de formation postgrade non reconnu (au maximum 12 mois) :

Oui

Non

Si oui :

Établissement de formation postgrade

Durée

Objectifs de formation

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Une reconnaissance de cette période de formation externe existe (remplir formulaire FP05):

Oui Non Soumise le : _____

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Une reconnaissance de cette période de formation externe existe (remplir formulaire FP05):

Oui

Non

Soumise le : _____

5 Déclaration des conflits d'intérêts

	Formateur-trice principal-e	Personne en formation
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 :		

Le-la formateur-trice principal-e annonce que la personne en formation susmentionné a commencé la **formation postgrade en pharmacie hospitalière** dans l'établissement de formation susmentionné. Il s'engage à mener la formation postgrade selon la réglementation pour la formation postgrade de l'Institut FPH et le programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière en vigueur.

Formateur-trice principal-e

Lieu et date : _____ Signature : _____

Personne en formation

Lieu et date : _____ Signature : _____

Remarque :

Le formulaire dûment rempli doit être adressé immédiatement après le début de la formation au secrétariat de la FPH Hôpital par E-Mail : fph@gsasa.ch (annexe II, PFP).

À l'issue de la formation postgrade, la personne en formation s'inscrit 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).

La personne en formation, le-la formateur-trice et le-la formateur-trice principal-e signalent sans délai à la FPH Hôpital les modifications importantes influençant le déroulement de la formation postgrade (Annexe II, PFP).

Le texte allemand fait foi.

Abréviations :

art. article
PFP Programme de formation postgrade

Check-list des annexes

- copie du diplôme de pharmacien-ne
- autres documents :