

# 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 :

Établissement de formation postgrade

Durée

Objectifs de formation

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

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 |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Intérêts financiers ou de propriété</b> de tout type dans l'industrie pharmaceutique et d'autres entreprises de santé : actions, participations, obligations, droits de propriété, droits de brevet, etc.  |                             |                       |
| <b>Activités</b> 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)   |                             |                       |
| <b>Fonds fournis par un tiers / dons</b> 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) |                             |                       |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Relations personnelles</b> 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                          |  |  |
| <b>Autres affiliations</b> : associations professionnelles (avec indication de la fonction au sein de l'association concernée), partis politiques (député élu démocratiquement au niveau cantonal ou national) |  |  |
| <b>Commentaires</b> :  |  |  |

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](mailto: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](http://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 :