

Demande de reconnaissance ou de réévaluation comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière

- Demande de **reconnaissance** comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière
- Demande de **réévaluation** comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière

Établissement de formation postgrade :

Nom : _____

Lieu : _____

La demande de reconnaissance ou de réévaluation comme établissement de formation postgrade doit être adressée par écrit au secrétariat FPH Hôpital au moyen du formulaire prévus à cet effet (art. 7.1.1 programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière (PFP)). Les critères de reconnaissance de l'annexe IV, PFP sont appliqués.

Ce formulaire FP03 est valable à partir du 01.07.23

1 Institution

1.1 Informations générales

Institution : _____

Nom de la pharmacie d'hôpital : _____

Adresse : _____

Code postal, ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Pharmacien·ne Chef·fe de la pharmacie d'hôpital : _____

Pharmacien·ne Chef·fe adjoint·e de la pharmacie d'hôpital : _____

1.2 Cahier de charge et taille

Nombre de lits : _____

Dont

Lits de soins aigus : _____ Lits de soins chroniques : _____ Lits ambulatoires : _____

2 Organisation

2.1 Concept de formation postgrade et financement

L'établissement propose le programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière : Oui Non

Si oui, Depuis : _____

Nombre de postes de formation postgrade : _____ Nombre de personnes en formation postgrade : _____

Un plan écrit de formation postgrade en pharmacie hospitalière est disponible : Oui Non

Si oui, veuillez SVP joindre le plan de formation.

Le financement du poste de formation postgrade est garanti : Oui Non

Un contrat écrit définissant les conditions, obligations et droits des personnes en formation est disponible : Oui Non

Si oui, veuillez SVP joindre une copie du contrat.

Formateur·trice principal·e

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialisation : _____ Taux d'activité : _____

Le·la formateur·trice est reconnu·e en tant que formateur·trice principal·e en pharmacie hospitalière: Oui Non

Demande soumise le : _____

Autres formateur-trice-s impliqué-e-s dans la prise en charge de la personne en formation :

Spécialisation	Nombre	ETP	
Pharmacien·ne spécialiste en pharmacie hospitalière			
Certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique			
Participation à la réunion annuelle des formateurs·trices :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres formateur-trice-s impliqué-e-s : Si oui, lequel-le-s :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fonction :		Profession :	
Fonction :		Profession :	

2.2 Management

La pharmacie d'hôpital

- figure comme service indépendant dans l'organigramme de l'institution : Oui Non
- a son propre organigramme : Oui Non
Veuillez SVP joindre une copie de l'organigramme de la pharmacie.
- offre un service 24h/24 : Oui Non
- dispose d'une autorisation de commerce de gros : Oui Non

2.3 Gestion de la qualité

Il existe un système management de la qualité dans la pharmacie:
Si oui, veuillez SVP joindre une copie du concept et la liste des secteurs concernés . Oui Non

Certification de la pharmacie d'hôpital : Oui Non
Si oui :

Laquelle ? Quand ?
Si oui, veuillez SVP joindre une copie du certificat.

Un système de gestion des erreurs existe dans l'institution : Oui Non
Si oui, lequel : _____

2.4 Concept de formation continue

Un concept de formation continue existe dans la pharmacie d'hôpital : Oui Non
Si oui, veuillez SVP joindre une copie du concept de formation continue.

Il existe des colloques de formation continue à l'interne de la pharmacie d'hôpital organisés de manière :
 hebdomadaire mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

La participation à des cours de formation continue est obligatoire pour le personnel de la pharmacie d'hôpital :

 Oui

 Non

3. Locaux et Infrastructures

3.1 Locaux

Officine Locaux de stockage laboratoires (analyses) bureaux bibliothèque salle de réunion

Salles de production pour fabrication stérile fabrication non-stérile cytostatiques TPN

Autres locaux :

3.2 Infrastructures

La personne en formation dispose d'un poste de travail :

 Oui

 Non

Dans la pharmacie d'hôpital la littérature spécialisée suivante est disponible :

ouvrages professionnels manuels et guides revues spécialisées lois et règlements

accès à des bases de données pertinentes pour la pharmacie hospitalière

Veillez SVP joindre une liste de la littérature disponible et des bases de données.

La personne en formation a accès à la documentation électronique :

 Oui

 Non

Le personnel de la pharmacie a libre accès à la bibliothèque médicale de l'institution :

 Oui

 Non

4 Pharmacie orientée patients et prestations cliniques

4.1 Information sur les médicaments

Au sein de l'institution, la pharmacie d'hôpital est responsable de :

- mettre à disposition, valider, transmettre et archiver les informations concernant les médicaments Oui Non
- fournir des réponses écrites et/ou orales aux questions pharmaceutiques sur les médicaments Oui Non
- dispenser une formation continue sur des thèmes spécifiques à la médication :
 aux médecins aux soignants à d'autres disciplines à l'hôpital
- gérer les aspects de pharmacovigilance Oui Non

4.2 Collaboration interprofessionnelle

La pharmacie de l'hôpital est membre de la :

- Commission des médicaments Oui Non
- Commission d'hygiène Oui Non
- Commission d'éthique Oui Non
- Commission de qualité Oui Non
- Commission de sécurité Oui Non
- Autre commission Oui Non

Si oui, laquelle :

Participation à des visites :

 régulière

 ponctuelle

Si oui, dans quels services :

Participation à des consultations : régulière ponctuelle

Si oui, quel type de consultations :

Activité dans des unités de soins : régulière ponctuelle

Si oui, laquelle :

Dosage thérapeutique des médicaments : Oui Non

Autres activités interprofessionnelles : Oui Non

Si oui, lesquelles :

4.3 Collaboration dans des projets d'informatisation au sein de l'hôpital

Existence d'un système de prescription informatisée : Oui Non

- Si oui : la pharmacie est-elle responsable de la gestion des bases de données médicaments ? Oui Non
- Si non : l'introduction de la prescription informatisée est-elle prévue ? Oui Non
 - Si oui : une collaboration est-elle prévue dans le cadre de la mise en place de la prescription informatisée ? Oui Non

Collaboration dans d'autres projets d'informatisation hospitalière : Oui Non

Si oui, lesquels :

5 Logistique

5.1 Gestion du stock

Existence d'un système électronique de gestion de stock Oui Non

Gestion

- des médicaments Oui Non
- des gaz médicaux Oui Non
- des produits de radiologie Oui Non
- des antidotes (assortiment pour centres régionaux) Oui Non
- des dispositifs médicaux Oui Non
- de produits techniques Oui Non
- d'autres produits Oui Non

Si oui, lesquels :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Utilisation d'un système automatique/robot pour la distribution des médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Distribution de médicaments aux clients internes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Distribution de médicaments à des clients externes (commerce de gros) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Suivi des livraisons de médicaments aux services internes de l'institution (statistiques/indicateurs) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Gestion des stocks catastrophe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

5.2 Sélection des médicaments

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Collaboration à l'évaluation et la sélection des médicaments : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Des critères de sélection des médicaments par la commission des médicaments sont définis : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, lesquels :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Publication d'une liste des médicaments interne à l'hôpital : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|------------------------------|

5.3 Gestion des pharmacies d'unités de soins

- La gestion / le contrôle des pharmacies d'unités de soins s'effectue :
- ponctuellement Oui Non
 - régulièrement Oui Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- quotidienne hebdomadaire mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

6 Fabrication

6.1. Fabrication

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Autorisation cantonale de fabrication : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autorisation de fabrication de Swissmedic : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Types de production au sein de la pharmacie d'hôpital :

				Nombre de fabrications	Nombre de produits
Production non-stérile (défecture et production en série)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		_____	_____
Production stérile (défecture et production en série)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		_____	_____
dont					
• Cytostatiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		_____	_____
• TPN	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		_____	_____
• autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		_____	_____

Si oui, lesquelles :

			Nombre de fabrications	Nombre de produits
Fabrication récepture stérile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Fabrication récepture non-stérile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Produits destinés à des essais cliniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____	_____
Développement régulier de nouvelles formulations galéniques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Fabrication à façon en tant que mandataire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Fabrication à façon en tant que client :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

6.2 Analyses

Existence d'un Laboratoire d'analyse :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Exécution des analyses suivantes :			analyses/an
• Contrôles d'identité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
• Analyse quantitative et qualitative des matières premières et/ou des produits finis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
• Analyse microbiologique des matières premières et/ou des produits finis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
Élaboration et validation de méthodes d'analyse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Contrôles de l'environnement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

7 Pharmacies hospitalières avec une offre limitée

Si un établissement de formation ne remplit pas toutes les exigences requises selon l'annexe IV du PFP, une convention écrite doit exister avec une ou plusieurs pharmacies d'hôpital externes pour tous les modules de formation pratiques manquants. Le lieu et la durée doivent être indiqués dans le concept de formation postgrade (annexe IV, PFP).

S'il s'agit d'un établissement de formation *non* reconnu, le formateur principal doit également soumettre une demande à la FPH Hôpital pour la reconnaissance des périodes de formation postgrade externes au moyen du formulaire à disposition sur le site www.gsasa.ch (cf annexe V, PFP).

Périodes de formation postgrade externes : Oui Non

Si oui :

Établissement de formation	Durée	Objectifs de formation
----------------------------	-------	------------------------

a)

b)

Reconnaissance comme établissement de formation postgrade en pharmacie hospitalière :

Établissement de formation a)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Soumise le : _____
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------

Établissement de formation b)

Oui Non

Soumise
le : _____

Convention écrite avec l'établissement de formation
postgrade externe :

Veillez SVP joindre le contrat SVP.

Oui Non

Remarques générales :

Lieu/date : _____

Signature

Demandeur·euse : _____

Remarques :

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

La réévaluation de l'établissement de formation postgrade est effectuée au moins tous les sept ans, ainsi que lors de chaque changement du formateur principal (art. 7.1.1, PFP).

Le texte allemand fait foi.

Abréviations :

art. Article

ETP Équivalent temps plein

PFP Programme de formation postgrade

Check-list des annexes

- plan de formation
- modèle du contrat avec la personne en formation
- organigramme de la pharmacie de l'hôpital
- concept du système de gestion qualité
- certificat du système de gestion qualité
- concept de formation continue de la pharmacie d'hôpital
- liste de la littérature et des bases de données disponibles
- convention écrite avec l'établissement de formation externe
- autres documents

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