

Demande de reconnaissance ou de réévaluation en tant que formateur·trice principal·e en pharmacie hospitalière

- Demande de **reconnaissance** en tant que formateur·trice principal·e
- Demande de **réévaluation** en tant que formateur·trice principal·e

Demandeur·euse

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Établissement de formation postgrade

Nom : _____

Lieu : _____

La demande de reconnaissance, réévaluation ou renonciation de la réévaluation en tant que formateur·trice principal·e en pharmacie hospitalière doit être adressée par écrit à la FPH Hôpital au moyen du formulaire prévu à cet effet (art. 6.1. du programme de formation postgrade en pharmacie hospitalière (PFP)). Font fois les critères définis dans l'annexe III, PFP.

Ce formulaire FP02 est valable à partir du 01.07.2023

1 Etablissement de formation

Institution : _____

Nom de la pharmacie d'hôpital : _____

Adresse : _____

Code postal, lieu : _____

Téléphone direct : _____

E-mail : _____

La pharmacie d'hôpital est reconnue
comme établissement de formation
postgrade en pharmacie hospitalière :

Oui Non

Demande
soumise le : _____

Si oui, quand : _____

2 Expérience professionnelle et de direction

2.1 Expérience professionnelle

Description du poste : _____ Taux d'activité : _____

Poste de direction dans la pharmacie
d'hôpital :

Oui Non

Depuis : _____

Si oui, laquelle : _____

Membre GSASA :

Oui Non

2.2 Formation postgrade

Pharmacien·ne spécialiste en
pharmacie hospitalière :

Oui Non

Si oui, depuis quand : _____

La formation continue annuelle exigée
au cours des 3 dernières années est
remplie :

Oui Non

Si oui, depuis quand : _____

Autres formations postgrades :

Oui Non

Titre/
diplôme : _____ Année : _____ Établissement de
formation postgrade : _____

Titre/
diplôme : _____ Année : _____ Établissement de
formation postgrade : _____

2.3 Thèse de doctorat / Privat-docent / titre de professeur·e

- Doctorat Privat-docent Professeur·e
Si Professeur·e :

Activité d'enseignement, sujet :

Domaine de recherche :

2.4 Expérience professionnelle

Activité dans une pharmacie d'hôpital d'au moins 6 ans (incl. formation postgrade) avec taux de travail de min. 50% : Oui Non

Si oui, laquelle :

Fonction :

Taux d'activité (%) :

Durée (de - à) :

| Fonction : | Taux d'activité (%) : | Durée (de - à) : |
|------------|-----------------------|------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

2.5 Membre dans des commissions internes de l'hôpital

Membre / participation active dans des commissions et groupes de projets interprofessionnels de l'hôpital : Oui Non

Si oui, lesquels :

2.6 Membre dans des commissions externes de l'hôpital

Membre / participation active dans des commissions et groupes de projets externes de l'hôpital : Oui Non

Si oui, lesquels :

2.7 Autres formateur-trice-s

SVP à remplir uniquement à la condition suivante :

Si le critère « est porteur-euse du titre de spécialiste en pharmacie hospitalière » est le seul critère qui n'est pas rempli, le-la formateur-trice principal-e peut néanmoins être reconnu-e, à condition qu'il-elle soit pharmacien-ne – chef-fe d'un établissement reconnu de formation postgrade en pharmacie hospitalière et que la compétence de spécialiste soit assurée dans son établissement. Les conditions minimales suivantes doivent être remplies (annexe III, PFP) :

Prise en charge supplémentaire de la personne en formation par :

- Au moins 2 spécialistes en pharmacie hospitalière (au total au moins 1 ETP, taux d'activité $\geq 0,4$ ETP) OU
- Au moins 1 spécialiste en pharmacie hospitalière et 1 titulaire du certificat complémentaire en pharmacie clinique (au total au moins 1 ETP, taux d'activité $\geq 0,4$ ETP).

Autres formateur-trice-s impliqués-e-s dans la prise en charge :

| | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|
| Nom : | _____ | Prénom : | _____ |
| Spécialisation : | _____ | Taux d'activité : | _____ |
| Nom : | _____ | Prénom : | _____ |
| Spécialisation : | _____ | Taux d'activité : | _____ |
| Nom : | _____ | Prénom : | _____ |
| Spécialisation : | _____ | Taux d'activité : | _____ |

3 Enseignement

3.1 Suivi de thèses de doctorat / Travaux de diplôme

Au cours des 3 dernières années, suivi de :

| Titre : | Thèse de doctorat | Travail de diplôme | Travail de certificat | Autres | Année |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

En l'absence de suivi de travaux, voir chapitre 5 (nécessité d'un-e superviseur-euse pour le suivi des deux premiers travaux de diplôme).

Remarques 3.2 et 3.3 : une seule des deux exigences doit être remplie.

3.2 Activité d'enseignement

Au cours des 3 dernières années, enseignement dans le domaine de la pharmacie à l'université, dans le cadre de cours professionnels ou d'écoles professionnelles (au minimum 2 cours par année) :

Oui Non

Si oui, quelle activité d'enseignement :

| Formation universitaire, postgrade et/ou continue | Lieu du cours | Année |
|---------------------------------------------------|---------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

3.3 Activité comme orateur-trice

Au moins 2 cours par an au cours des 3 dernières années :

Oui Non

- Orateur-trice ou responsable d'ateliers dans le cadre de sociétés professionnelles, lors de cours reconnus par la FPH Hôpital et/ou
- Activité comme orateur-trice auprès des infirmières et/ou des médecins de l'hôpital dans lequel exerce le formateur.

Si oui, quelles sont les conférences, ateliers (reconnus par la FPH Hôpital) et/ou colloques internes à l'hôpital :

| Titre de la présentation / atelier | Organisateur | Année |
|------------------------------------|--------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| Titre du colloque interne | Public cible | Année |
|---------------------------|--------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

4 Activité scientifique

Remarques 4.1 et 4.2 : une seule des deux exigences doit être remplie.

4.1 Direction de projet scientifique

Au cours des 3 dernières années, direction ou responsabilité principale d'au moins un projet scientifique avec rapport / publication :

 Oui

 Non

Si oui :

| Projet scientifique | Publication / Rapport | | Année |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | _____ |

Si non, voir chapitre 5 (nécessité d'un superviseur pour le suivi des deux premiers travaux de diplôme).

4.2 Publications liées à la pratique de la pharmacie hospitalière

Au cours des dernières 3 années, activité scientifique régulière et continue liée à la pratique de la pharmacie hospitalière (posters à des congrès, recommandations internes à l'hôpital, etc.) :

 Oui

 Non

Si oui :

| Titre des publications / recommandations internes à l'hôpital etc. | Auteur | Co-Auteur | Année |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

5 Supervision pour les travaux de diplôme

À remplir uniquement si les conditions suivantes ne sont pas remplies :

En cas de l'absence de preuve de l'accompagnement de thèses et/ou travaux de diplôme ainsi que la direction ou responsabilité principale d'au moins un projet scientifique avec rapport / publication, un-une formateur-trice expérimenté-e et reconnu-e en pharmacie hospitalière doit assumer le rôle de superviseur-euse pour les travaux de diplôme des deux premières personnes en formation. Un contrat écrit doit être soumis à la FPH Hôpital avec la demande de reconnaissance, dans lequel il est spécifié que le-la superviseur-euse assume une responsabilité d'encadrement et de suivi dans le cadre des travaux de diplôme (annexe III, PFP).

Un contrat écrit du-de la superviseur-euse (formateur-trice expérimenté-e et reconnu-e en pharmacie hospitalière) pour le suivi des travaux de diplôme des deux premières personnes en formation existe :

 Oui

 Non

Superviseur·euse :

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Établissement de formation
postgrade : _____

Téléphone direct : _____

E-mail : _____

6 Déclaration des conflits d'intérêts du·de la demandeur·euse

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)

7 Réunions des formateurs·trices

- le·la demandeur·euse s'assure qu'au moins un·une représentant·e de son établissement impliqué·e dans la prise en charge de la personne en formation participe aux réunions des formateurs·trices organisées annuellement par la FPH Hôpital (annexe IV, PFP).

8 Remarques

Remarques générales :

Lieu et date :

Signature
Demandeur·euse:

Remarque :

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

La réévaluation du·de la formateur·trice est effectuée au moins tous les sept ans, ainsi qu'en cas de modification des critères de reconnaissance ci-dessus (art. 6.1, PFP).

Le texte allemand fait foi.

Abréviations :

*art. article
ETP équivalent temps plein
PFP programme de formation postgrade*

Check-list des annexes

- Curriculum vitae
- autres documents :

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