## **FICHE D'EVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES PHARMACEUTIQUES - DES PHARMACIE HOSPITALIERE OPTION DSPS**

## **PHASE DE CONSOLIDATION**

**Semestre N° du ……………. au……………..** *(merci d’indiquer le numéro et la période)*

|  |  |
| --- | --- |
| ETABLISSEMENT :  SERVICE :  RESPONSABLE : | INTERNE**:**  ANNEE D’INTERNAT :  AGREMENT : |

1. **COMPORTEMENT GENERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRILLE D'EVALUATION** | | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **NE** |
| **1** | Connaissances théoriques |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Aptitudes à la pratique pharmaceutique |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Maitrise de techniques et des outils |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Aptitudes à l'urgence (situation d'urgence, gardes…) |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Dynamisme, efficacité, esprit d'initiative, sens des responsabilités |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Capacité à la communication : relations avec les patients, les unités de soins |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Ponctualité, assiduité, disponibilité |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Présentation orale (dossiers, cas cliniques…) |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Intégration dans l'équipe pharmaceutique |  |  |  |  |  |  |
| **Echelle d'évaluation** : **A** = Très bien - **B** = Bien - **C** = Assez bien - **D** = Passable - **E** = Mauvais (tout E doit être motivé en observation) **NE** : Non Évalué | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS EVENTUELLES** |
| Présentation(s) réalisées durant le stage (titre et lieu) :  Travail réalisé et/ou publié durant le stage (titre, nom du congrès) :  Aspects positifs :  Difficultés rencontrées : |

1. **EVALUATION DE L’ACQUISITION DES COMPETENCES EN LIEN AVEC L’AGREMENT VALIDE AU COURS DU STAGE**

* La colonne T0 doit être remplie par le responsable du stage et l’interne au début du stage durant le premier mois de stage.
* La colonne T3 mois est une autoévaluation réalisée par l’interne lors d’un entretien avec le responsable du stage durant le troisième mois de stage.
* La colonne T6 mois doit être remplie par le responsable du stage et l’interne durant le 6ème mois de stage.

La décision de valider ou le non le stage repose sur les items figurant sur ce document.

L’échelle d’évaluation des compétences retenue est la suivante :

1. Non applicable
2. Très peu développée (nettement en deçà des attentes)
3. Peu développée (en deçà des attentes)
4. Acceptable (satisfait minimalement aux attentes)
5. Assurée (satisfait clairement aux attentes)
6. Marquée (dépasse les attentes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **REALISATION D’ACTES PHARMACEUTIQUES** | | **T0** | | **T3 mois** | | **T6 mois** | |
| **1.1** | Réalisation d'une activité spécifiquement identifiée au sein d'un établissement pharmaceutique, d'un fabricant de dispositifs médicaux ou de dispositifs de diagnostic in vitro, d'une agence ou autorité de santé | |  | |  | |  | |
| **1.2** | Actes de pharmacie conformément aux missions et obligations des établissements industriels et agence ou autorité de santé (conception, développement, production, évaluation, contrôle qualité, enregistrement, accès au marché, etc.) | |  | |  | |  | |
| **2** | **PRISE EN CHARGE DES URGENCES** | | **T0** | | **T3 mois** | | **T6 mois** | |
| **2.1** | Réponse à l'urgence sanitaire | |  | |  | |  | |
| **3** | **LES ETAPES DE LA SUPERVISION ET DE LA RESTITUTION** | | **T0** | | **T3 mois** | | **T6 mois** | |
| **3.1** | Présence du praticien senior (restitution en direct) | |  | |  | |  | |
| **3.2** | Restitution quotidienne de l'activité réalisée et vérification le jour des documents associés | |  | |  | |  | |
| **3.3** | Revue hebdomadaire des activités réalisées et des documents associés | |  | |  | |  | |
| **4** | | **TRAVAIL EN EQUIPE** | | **T0** | | **T3 mois** | | **T6 mois** |
| **4.1** | | Animation de staffs ou réunions pluridisciplinaire | |  | |  | |  |
| **4.2** | | Relations avec les équipes techniques ou administratives | |  | |  | |  |
| **5** | | **EXERCICE PROFESSIONNEL** | | **T0** | | **T3 mois** | | **T6 mois** |
| **5.1** | | Participation à la mise en place du système de management de la qualité | |  | |  | |  |
| **5.2** | | Participation à la réalisation de la cartographie des risques | |  | |  | |  |
| **5.3** | | Participation à la qualité et la sécurité des soins : déclaration des événements indésirables, mise en place de mesures curatives, proposition de mesures correctives, retraits de lots de préparations | |  | |  | |  |
| **5.4** | | Participation à l'animation d'activités relevant de l'évaluation des pratiques professionnelles | |  | |  | |  |
| **5.5** | | Participation à des activités de formation et de recherche | |  | |  | |  |

**Avis du responsable de stage :**

Nom : Prénom :

Coordonnées :

Signature et cachet :

|  |
| --- |
| **STAGE VALIDE : ❑ OUI ❑ NON DATE :** |

Document à transmettre à

[pharmacie.des-3cl@univ-tlse3.fr](mailto:pharmacie.des-3cl@univ-tlse3.fr)

05.62.25.68.07