

**DOSSIER DE CANDIDATURE A LA FONCTION
DE PRATICIEN AGRÉÉ-MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS
DISCIPLINE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Photo souhaitée

NOM :

Prénoms :

NOM D'ÉPOUSE :

Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse professionnelle :

.....

.....

- CUB : oui non
- Année de qualification en Médecine Générale :
- Qualification comme Spécialiste de Médecine Générale : oui non
- Date de soutenance de thèse : Université :
- Année et numéro d'inscription au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :
.....
- Numéro ADELI :

Téléphone fixe : **Téléphone portable :**

E-mail :

I- MOTIVATIONS

II- ACTIVITE DE SOINS

- **ANNÉE D'INSTALLATION :**
- **EXERCICE :**
 - Individuel
 - Groupe SCM SEL autre
 - Maison de Santé Pluriprofessionnelle :
 - Secteur 1 Secteur 2
- **ACTIVITE : fournir une photocopie du RIAP** (*Relevé Individuel d'Activité et de Prescription*)
- **MODALITES D'EXERCICE :**
 - Activité urbaine Rurale Semi-rurale
 - Participation à la Permanence des Soins : oui non
 - Nombre moyen de gardes par an :
 - Participation à la Régulation au Centre 15 : oui non
 - Activité particulière (acupuncture, homéopathie, expertise, etc.) : oui non
 - Si oui, précisez la(les)quelle(s) :
 - exclusive : oui non si non, pourcentage/activité globale :
 - Participation à un Réseau de Santé : oui non
 - Si oui, précisez le(s)quel(s) :
 - Niveau d'implication :
 - Compétence(s) particulière(s) : oui non
 - Si oui, la(les)quelle(s) :

III- IMPLICATIONS PROFESSIONNELLES

- **PARTICIPATION AU DPC-FMC**
 - DPC universitaire : oui non
 - DPC associatif : oui non en tant que participant ou responsable
 - Groupe de Pairs (ou Groupe d'Analyse de Pratique) : oui non
 - Intitulé de(s) l'association(s) :

 - Nombre de séances ou de séminaires/an en tant que participant : animateur : expert :
 - Abonnements payants à des journaux professionnels : oui non
 - Lesquels :
 - Ouvrages médicaux de référence : oui non
 - Lesquels :
 - Inscription à des sites médicaux sur Internet : oui non
 - Lesquels :

• RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES

- Fonction exercée au sein de l'Ordre des médecins : oui non
Préciser :
 - Conseil Départemental
 - Conseil Régional
 - Conseil National
- Membre de l'Union Régionale des Professionnels de Santé : oui non
- Autres : oui non Si oui, lesquelles :

IV- ACTIVITES SCIENTIFIQUES

- **DIPLOME(S) ET FORMATIONS COMPLEMENTAIRES(S) : DU, DIU, CAPACITES, DESC :** oui non
Si oui, lesquels :
- **PARTICIPATION AUX CONGRES DE MEDECINE GENERALE**
oui non
Si oui, lesquels :
 - Nombres de congrès sur les trois dernières années :
- **PARTICIPATION A DES TRAVAUX DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE :** oui non
Si oui, lesquels (joindre en annexe la liste des travaux et des publications)
- **PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL D'ORGANISMES DE SANTE (HAS, Ansm, INPES, INCa, Sociétés scientifiques)**
oui non
Si oui, lesquels (joindre en annexe la liste des contributions dans ce cadre)

V- COMPETENCES PEDAGOGIQUES

- **FORMATION PEDAGOGIQUE :**
 - DU Pédagogie : oui non Faculté :
 - Séminaires de CNGE Formation : oui non
 - Nombre :
 - Nature :
 - Réunions du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine : oui non
 - Autres : oui non Préciser :
 - Année(s) d'acquisition de la formation pédagogique :
 - Dernière année de mise à jour :

Dans l'hypothèse où vous n'auriez pas suivi de formation à la maîtrise de stage, vous vous engagez à le faire dans l'année qui suit votre agrément. Les renouvellements d'agrément, tous les 5 ans, sont également conditionnés par une justification de participation à des actions reconnues formatrices en pédagogie et en recherche.

• **EXPERIENCE DANS L'ENSEIGNEMENT**

- o Participez-vous à l'enseignement de Médecine Générale : oui non
Si oui, depuis quand :
- o Participez-vous à d'autres enseignements : oui non
Si oui, lesquels :

• **ETES-VOUS MEMBRE DU COLLEGE DES GENERALISTES ENSEIGNANTS D'AQUITAINE (CGEA) ?** oui non

VI- ORGANISATION DU STAGE

- o Nombre maximum d'internes pouvant être accueillis :
- o Nombre de maîtres de stage sur le site :
- o Nombre de bureaux dans le cabinet médical :
- o Salle réservée aux soins : oui non
- o Possibilité de bureau dédié à l'interne : oui non
- o Possibilité d'accès à la documentation (internet ou bibliothèque) pour l'interne : oui non
- o Fréquence de la supervision (présentation de dossiers) : ...fois/semaine
- o Secrétariat médical :
 - permanence téléphonique : oui non
 - secrétariat sur place : oui non
- o Informatisation :
 - Dossier patient : oui non
 - Gestion : oui non
 - Accès Internet : oui non

OBSERVATIONS :

Date

Signature