



Département DOM-TOM
 146, Rue Léo Saignat – 33076 BORDEAUX CEDEX
 Tél : 05 57 57 10 29 – Fax : 05 56 93 80 72
 E-mail : secretariat. dom-tom@u-bordeaux2.fr

NOTICE RELATIVE AUX DEMANDES DE STAGES DANS LES D.O.M.-T.O.M. POUR LES INTERNES EN PHARMACIE

I - CONDITIONS A REMPLIR

Ces stages étant réalisés au titre des stages hors interrégion d'origine (au même titre qu'un stage effectué dans une autre interrégion de métropole), vous devez avoir **validé au moment de votre départ 2 stages.**

II - CONSTITUTION DU DOSSIER

Le dossier ci-joint doit être complété, avant retour au Département Dom-Tom à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2

Pages I, II et II bis : par **l'interne**, en mentionnant très précisément le nom du ou des établissements et des chefs de service où l'interne sollicite son affectation,

Page III : par le service de la **D.R.A.S.S.** assurant le choix et la gestion des internes en pharmacie dans l'interrégion d'origine,

Page IV : par le **Bureau des Affaires Médicales du C.H.U.** de rattachement de l'interne et non l'établissement d'affectation,

Important

Le relevé d'internat doit mentionner le dernier stage en cours :

* pour les demandes concernant le semestre de mai : mention du stage débuté le 1^{er} novembre

* pour les demandes concernant le semestre de novembre : mention du stage débuté le 1^{er} mai

(Si le service d'affectation n'est pas connu au moment du dépôt du dossier, l'interne devra informer la DRASS d'Aquitaine dès que le choix du stage est définitif)

Pages V et VI : par le service de scolarité et le Doyen de la **Faculté d'origine**,

Page VII : par le **coordonnateur du D.E.S.** de l'interrégion d'origine,

Page VIII : par le **coordonnateur du D.E.S.** de l'interrégion Sud-Ouest (**joindre les feuillets I à IV**).

Vous devez solliciter l'**accord écrit du(des) chef(s) de service** où vous souhaitez effectuer votre stage et **joindre ce(s) document(s) à votre dossier.**

**SEULS LES DOSSIERS COMPORTANT L'ENSEMBLE
 DES VISAS SERONT RECEVABLES**

III - CALENDRIER

Les dossiers complets doivent être adressés à :

L'Université Victor Segalen Bordeaux 2
Département Dom-Tom
146, Rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX

au plus tard le **15 novembre** de l'année n pour le semestre de **mai** de l'année n+1
15 mai de l'année n pour le semestre de **novembre** de la même année.

TRES IMPORTANT

La réponse vous sera communiquée par écrit :

- entre le **15 février** et le **1er mars** pour le stage de **mai**,
- entre le **15 août** et le **1er septembre** pour le stage de **novembre**

Il est inutile de solliciter une réponse téléphonique. En revanche, il est important que votre dossier comporte un n° d'appel téléphonique où vous puissiez être joint dans le cas où vous ne seriez pas retenu(e) dans l'affectation souhaitée mais où une affectation alternative pourrait vous être proposée.

IV - AFFECTATION ET FORMALITES

Votre affectation est établie au titre d'un seul semestre. Si vous souhaitez effectuer un deuxième semestre, vous devrez faire une nouvelle demande dans les délais impartis.

En application de la réglementation en vigueur, vous ne pourrez plus demander de stage en dehors de votre subdivision d'origine (métropole ou DOM-TOM), si ce deuxième stage vous est accordé.

Dès réception de votre affectation, vous devez prendre contact avec le Bureau des Affaires Médicales de l'établissement où vous serez affecté(e), afin de régler les formalités de transport.

V - STAGES AGREES ET VALIDATION

La liste des services agréés par D.E.S. pourra vous être communiquée par le Département Dom-Tom à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2.

Les stages effectués dans les établissements des Territoires d'Outre-Mer (Nouvelle Calédonie, Polynésie Française) et dans les établissements du département de La Réunion sont validés au titre de stages dits "périphériques".

Certains services des C.H.U. de FORT DE FRANCE et POINTE A PITRE sont dirigés par des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers. Les stages effectués dans ces services sont validés au même titre qu'un semestre exercé dans un C.H.U. de métropole. Les autres services de la subdivision Antilles-Guyane vous permettent de valider des stages dits "périphériques".



Département DOM-TOM
146, Rue Léo Saignat – 33076 BORDEAUX CEDEX
Tél : 05 57 57 10 29 – Fax : 05 56 93 80 72
E-mail : secretariat.dom-tom@u-bordeaux2.fr

INTERNAT DE SPECIALITES (Pharmacie)

STAGES HORS INTERREGION

DEPARTEMENTS ET TERRITOIRES D'OUTRE-MER

(Décret n° 84-913 du 12 octobre 1984 - Article 19)

DOSSIER de CANDIDATURE

(à remplir à l'encre noire et en lettres capitales)

NOM patronymique **Prénom**

NOM d'épouse

Nationalité

Date et lieu de naissance

Situation de famille : - Célibataire - Marié(e) ou Concubinage

Nbre d'enfants :

S'il s'agit d'une demande conjointe, Nom, Prénom et D.E.S de la personne concernée :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Mail :

DATE DE DEPOT DES DOSSIERS :

15 NOVEMBRE de l'année n pour le semestre de **MAI** de l'année n+1

15 MAI de l'année n pour le semestre de **NOVEMBRE** de la même année

**II - MOTIVATIONS ET AFFECTATION SOUHAITEE DANS
L'INTERREGION DES DEPARTEMENTS ET TERRITOIRES
D'OUTRE-MER**

INTERREGION D'INTERNAT D'ORIGINE

NOM patronymique **Prénom**

NOM d'épouse

SEMESTRE AU TITRE DUQUEL VOUS DEMANDEZ UNE AFFECTATION :

..... ° Semestre

SPÉCIALITÉ D'AGRÉMENT OU SOUS-SPECIALITE POUR LA BIOLOGIE MEDICALE DU
SERVICE DANS LEQUEL VOUS VOULEZ EFFECTUER UN STAGE :

.....

DÉPARTEMENT - HOPITAL et SERVICE SOUHAITÉ (si vous souhaitez demander plus d'une affectation, vous devez classer vos demandes en mentionnant l'ordre de priorité de vos choix, dans la limite de 3, et joindre obligatoirement l'avis des chefs de services concernés)

MARTINIQUE

GUADELOUPE

GUYANE

LA REUNION

NOUVELLE CALEDONIE

POLYNESIE FRANCAISE

II bis

Motivations de la demande précisant les aspects

- 1) Techniques** : acquisitions d'expériences médicales nouvelles à préciser
- 2) Personnels** : rapprochement familial, recherche de nouvelles expériences sociales...

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

III - AFFECTATION D'ORIGINE

A FAIRE REMPLIR PAR LA DRASS RESPONSABLE DU CHOIX DES POSTES DANS L'INTERREGION D'INTERNAT D'AFFECTATION DE L'INTERNE ET NON PAR L'INTERNE

NOM patronymique **Prénom**

NOM d'épouse

- **INTERREGION D'INTERNAT :**

- **DATE D'AFFECTATION** en qualité d'interne :

- **CLASSEMENT FINAL AU CONCOURS :**

- D.E.S. D'AFFECTATION

- Biologie Médicale
- Pharmacie Hospitalière et des Collectivités
- Pharmacie Industrielle et Biomédicale
- Pharmacie Spécialisée

AVIS du DRASS responsable du choix des postes
de l'interrégion d'internat d'affectation de l'interne :

Cachet Date et Signature

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

IV - RELEVE D'INTERNAT**A FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE CHU DE RATTACHEMENT DE L'INTERNE ET NON PAR L'INTERNE**

(pour les internes de l'Assistance Publique de Paris, faire remplir par le service du personnel médical de l'APHP)

NOM patronymique Prénom

NOM d'épouse

Important Le relevé d'internat doit mentionner le dernier stage en cours :

- * pour les demandes concernant le semestre de mai : mention du stage débuté le 1^{er} novembre
- * pour les demandes concernant le semestre de novembre : mention du stage débuté le 1^{er} mai

(Si le service d'affectation n'est pas connu au moment du dépôt du dossier, l'interne devra informer la DRASS d'Aquitaine dès que le choix du stage est définitif)

Date des stages	ETABLISSEMENT	CHEF DE SERVICE DISCIPLINE DU SERVICE	D.E.S. D'AGREMENT DU SERVICE
1 ^{er} semestre du au			
2 ^{ème} semestre du au			
3 ^{ème} semestre du au			
4 ^{ème} semestre du au			
5 ^{ème} semestre du au			
6 ^{ème} semestre du au			
7 ^{ème} semestre du au			

**AVIS DU DIRECTEUR GENERAL DU CHU
DE RATTACHEMENT DE L'INTERNE**

(préciser favorable, défavorable ou indiquer les réserves éventuelles)

Cachet Date et Signature

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

V – CURRICULUM UNIVERSITAIRE

A faire remplir par **LE SERVICE DE LA SCOLARITE DE LA FACULTE D'INSCRIPTION** de l'interne

Je soussigné, certifie que :

NOM patronymique **Prénom**

NOM d'épouse

EST INSCRIT

dans la faculté de :

pour le D.E.S. de :

Modules d'enseignement du D.E.S. validés par l'interne (joindre le relevé informatique de validation des modules - à défaut, les mentionner manuellement)

.....
.....
.....
.....
.....

LE CHEF DU SERVICE DE LA SCOLARITE

Cachet Date et Signature

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

**VI - AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE OU DE PHARMACIE
D'INSCRIPTION DE L'INTERNE**

(Décret n° 84-913 du 12 octobre 1984 - Article 19)

Je, soussigné(e)

Doyen de la Faculté de

Autorise M.....

INTERNE EN PHARMACIE

D.E.S. de

A ACCOMPLIR 1 SEMESTRE

- de novembre 200. à avril 200.

- de mai 200. à novembre 200.

Dans la subdivision d'internat :

- **ANTILLES – GUYANE ***

- **LA REUNION ***

- **NOUVELLE CALEDONIE ***

- **POLYNESIE FRANCAISE ***

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R.

Cachet, date et signature du Doyen

* Rayer la mention inutile

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

**VII - AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL
DE L'INTERREGION D'ORIGINE**

Je, soussigné(e)

Coordonnateur du D.E.S. de

Autorise M.....

INTERNE EN PHARMACIE

A ACCOMPLIR 1 SEMESTRE

- de novembre 200. à avril 200.

- de mai 200. à novembre 200.

Dans la subdivision d'internat :

- **ANTILLES – GUYANE ***

- **LA REUNION ***

- **NOUVELLE CALEDONIE ***

- **POLYNESIE FRANCAISE ***

Date et Signature du Coordonnateur

* Rayer la mention inutile

DEMANDE DE STAGE HORS INTERREGION (D.O.M. – T.O.M.)

**VIII - AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL DE
LA REGION D'ACCUEIL (SUD-OUEST)**

Je, soussigné(e)

Coordonnateur du D.E.S. de

Autorise M.....

INTERNE EN PHARMACIE

A ACCOMPLIR 1 SEMESTRE

- de novembre 200. à avril 200.

- de mai 200. à novembre 200.

Dans la subdivision d'internat :

- **ANTILLES – GUYANE ***

- **LA REUNION ***

- **NOUVELLE CALEDONIE ***

- **POLYNESIE FRANCAISE ***

Date et Signature du Coordonnateur

* Rayer la mention inutile