**APPEL A PROJET / POST-INTERNAT**

 

**Volet C :**

**Profil de poste Assistant spécialiste CHU**

**I - ETAT CIVIL**

Photo d’identité

Nom de naissance………………………………………………………………………….....

Nom d’usage :………………………………………………………………………………….

Prénom………………………………………………………………………………………….

Date et lieu de naissance……………………………………………………………………..

Nationalité :…………………………………………………………………………………….

**Cursus suivi  actuellement:** [ ]  Médecine [ ]  Pharmacie

[ ]  Interne de Médecine Générale

[ ]  Interne de Spécialité :

DES de : □ en cours □ obtenu en :………………………

DESC de : □ en cours □ obtenu en :………………………

[ ]  Clinicat en cours

[ ]  Autre situation (diplômes obtenus les années précédentes, etc.*):* ……………………………………………………………………………………………….

**Coordonnées personnelles :**

Adresse……………………………………………………………………………………………………. …………..…………………………………………………………………………………………………..

………………………………….………………………………………………………….………………..

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel :

**II - CARACTERISTIQUES DU POSTE**

**IDENTIFICATION DE LA SPECIALITE RETENUE**

Intitulé de la spécialité :

Coordonnateur régional du DES / DESC :

Chef de service au CHU de Reims :

Prise de poste souhaitée : [ ]  mai 2018 [ ]  novembre 2018 [ ]  mai 2019

**IV - ETUDES SUIVIES**

Année de réussite à l’Examen Classant National :………………………

Rang de classement :……………./……………….

Faculté d’origine …………………………………..

**Semestres d’internat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Service | Période |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Stage hors subdivision** réalisé(s) : quantité : 1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]

**Implication Universitaire Antérieure** (conférence d’internat, moniteur, etc…) :

Dates et activités effectuées  :………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

* Date prévue de soutenance de thèse d’exercice :…………………………………….
* Date de validation du DES :……………………………………………………………..

Le DES doit avoir été validé avant la prise de fonctions.

* Date prévue de validation du DESC (le cas échéant)………………………………

**V - AUTRES FORMATIONS, DIPLOMES OU TITRES OBTENUS OU EN COURS**

Exemples : Master, DU, DIU, bourses, année recherche, médaille d’or, prix, etc…

Précisez si vous avez suivi une formation recherche proposée par le CHU ou la formation à la bibliographie proposée par la bibliothèque universitaire.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Année d’obtention** | **Lieu** |
|  |  |  |

**VI – PUBLICATIONS**

* **Ecrites :** [ ]  1er ou dernier auteur

 [ ]  Autre rang

* **Orales**  **:** [ ]  1er ou dernier auteur

 [ ]  Autre rang

* **Affichées** [ ]  1er ou dernier auteur

 [ ]  Autre rang

**DONNEES RELATIVES AU SERVICE D’ACCUEIL**

**I Présentation des effectifs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de :** | **effectif actuel**  | **postes vacants** | **départs programmés (dates)** |
| PU-PH |  |  |  |
| MCU-PH |  |  |  |
| PHU |  |  |  |
| PH temps plein |  |  |  |
| PH temps partiel |  |  |  |
| CCU-AH AHU |  |  |  |
| Autre post-internat |  |  |  |
| Internes |  |  |  |
| Externes |  |  |  |

**II Description du service**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de lits installés / Nombre d’actes |  |
| Nombre d’entrées par an |  |
| Nombre de consultations |  |
| Durée Moyenne de Séjour (DMS) |  |
| Y a-t-il une permanence / continuité des soins prévue pour le candidat ? | [ ]  non[ ]  oui :Si oui :[ ]  Garde[ ]  Astreinte |
| Pour les actes techniques | Nombre de gestes interventionnels (Chirurgie, endoscopie, radiologie interventionnelle…) :  |
| Pour les laboratoires : | -nombre d’actes  par an :-nombre de B par an :-nombre de RIHN par an : |

**PROJET MEDICAL (2 pages maximum)**

* Responsabilité(s) effective(s) d’UF ou secteur d’hospitalisation (préciser) :

-

-

* Activité(s) prise(s) en charge et/ou orientation(s) spécifique(s) :

-

-

-

|  |  |
| --- | --- |
| * Visites (n/semaine) :
 | * Participation aux activités d'urgence :
 |
| * Consultations (n/semaine) :
 |  - Gardes (n/mois) : |
| * Actes techniques (n/semaine) :
 |  - Astreintes (n/mois) :  |

* Activité(s) personnellement effectuée(s) que vous souhaitez faire ressortir (préciser la nature et le nombre) :

-

-

* Liste des services faisant régulièrement appel à vous (avis téléphoniques, avis sur dossier…) :

-

-

* Recrutement personnel extra- et intra-hospitalier (préciser le type de malades, les principaux correspondants, le nombre si possible) :

-

-

**PROJET PEDAGOGIQUE (2 pages maximum)**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**PROJET DE RECHERCHE (2 pages maximum)**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**PERSPECTIVES DE CARRIERE**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**VALIDATION DE LA DEMANDE**

**Signatures**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Chef de service** | **Chef de pôle** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Signature |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Candidat** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date |  |
| Signature |  |

Partie réservée à la Commission

[ ]  Accord

[ ]  Liste d’attente

[ ]  Réexamen sur un autre support : ……………………………..

|  |
| --- |
|  |