



COLLEGE FRANÇAIS DES MEDECINS RHUMATOLOGUES

Organisme de Formation Médicale Continue

Agrément N° : 100263

Dossier de demande de validation d'une action de Formation Médicale Continue au Collège Français des Médecins Rhumatologues Document pour les réunions de soirée

Cher (e) Collègue,

Vous soumettez au Collège Français des Médecins Rhumatologues (CFMR) une demande de validation d'une **formation médicale continue** que vous organisez.

Pour valider cette formation, le CFMR vérifiera, à l'aide du dossier que vous allez renseigner, que votre formation :

- Concerne les **médecins rhumatologues**,
- se décline en un programme **cohérent** où l'interactivité se trouve favorisée,
- témoigne d'une réelle volonté **pédagogique**,
- a le souci de la rémanence de l'**information** en fournissant, dans toute la mesure du possible, un document pédagogique,
- garantit une information scientifique **indépendante**, l'absence de toute promotion commerciale et la **transparence** des financements
- et enfin, sera **évaluée**.

Votre demande sera évaluée par la Commission FMC. Celle-ci désignera un binôme indépendant,, composé d'un rhumatologue hospitalier et d'un rhumatologue libéral. La grille d'évaluation reprend les six items énoncés ci-dessus ainsi que l'ensemble des critères fondamentaux énoncés dans la charte. La Commission FMC pourra éventuellement solliciter l'avis d'experts ou d'autres commissions sur certains aspects du dossier (scientifique, éthique).

Le Collège vous remercie d'avoir sollicité son évaluation et reste à l'écoute de vos remarques concernant ce dossier, et plus généralement concernant le processus de validation.

Le dossier de demande de validation est à adresser au siège social du Collège dûment rempli et complété, au moins six semaines avant la date prévue de la formation. Ce délai permettra au CFMR de vous répondre rapidement pour vous communiquer le numéro de validation et d'effectuer une parution sur le site internet du CFMR de votre formation.



RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR AU CFMR POUR UNE DEMANDE DE VALIDATION

1. le dossier complet destiné à la Commission FMC de le CFMR
2. des annexes (conflit d'intérêts, fiches évaluation, émargement)

En outre vous trouverez des documents utiles (principes de la FMC barème FMC, fiches d'évaluation)

Date de mise à jour : 26/03/2009

Partie réservée aux organisateurs de F.M.C.

L'ORGANISME DE FMC

Nom de l'organisme et sigle:

Membre fondateur ou associé du CFMR

oui Dans ce cas, veuillez remplir directement la partie « formation » de la page

non : remplir ici :

Nom de l'organisme

Adresse

Téléphone

Fax

Nom du responsable

Adresse e-mail

Statut Juridique

Rattaché à l'organisme régional :

LA FORMATION

INTITULE :

DATE ET HORAIRE (début et fin)

LIEU :

MOTS CLES DE LA FORMATION :

MODES PEDAGOGIQUES utilisés pour la formation (plusieurs possibles)

Exposés Atelier ou stage pratique

Revue de la littérature, étude bibliographique Présentation de cas cliniques

ÉVALUATION A DISTANCE DE LA FORMATION oui non

INDEPENDANCE DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE ET TRANSPARENCE DU FINANCEMENT :

Inscription gratuite Ou Montant: euros

Autres sources de financement

Partenariat industrie : oui non

Subventions: oui non

Autres :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations de ce dossier, et je m'engage à respecter les principes retenus par le CFMR édictés en page d'introduction pour l'ensemble des programmes de l'année.

Nom du responsable de l'organisme

téléphone

e-mail

Tableau d'identification réservé au Collège	
Numéro du dossier :	
Date de réception du dossier :	Date de l'examen du dossier :
Accréditation accordée le :	En appel le :
Accréditation refusée le :	

Annexe 1

FICHE INTERVENANT : OBLIGATOIRE

une fiche doit être remplie pour chaque intervenant.

Nom de l'intervenant :

Prénom :

Titre/Fonction : PU.PH

MCU.PH

PH

Libéral

Autre (précisez) :

Membre du CFMR : oui

non

Adresse professionnelle si non membre du CFMR :

INTITULE DE LA FORMATION :

Titre de l'intervention (conférence, atelier, ...) :

Durée prévue :

Objectif(s) pédagogique(s) de l'intervention :

Mots clés de l'intervention :

Mots clés primaires

Autre

Si autre :

Déclaration d'intérêt : OUI

NON

Formation Médicale Continue du
Collège Français des Médecins Rhumatologues

Annexe 2 : Fiche d'évaluation du C.F.M.R.

EVALUATION IMMEDIATE : OBLIGATOIRE

L'évaluation est anonyme.

Son seul objet est de nous aider à cerner les attentes, des participants.

Nous vous remercions de bien vouloir donner votre opinion.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN EN FORMATION

Etes-vous membre du Collège Français des Médecins Rhumatologues : oui non
 Exercez-vous en : CABINET CHU CH PSPH Militaire
 Autre :
 Quelle est votre activité prépondérante : Libérale Hospitalière publique Salarié
 Autre

IDENTIFICATION DE LA FORMATION

NOM, prénom de l'intervenant (conférencier, etc.)

Titre de l'intervention :

Date : / / **Lieu :**

Type de formation : Nationale Régionale

Congrès Atelier Stage Séminaire -Club Réunion E.P.U

Autre :

Quelle est votre **pratique médicale** sur le sujet ?

Aucune Rare Fréquente en projet

Quelle est votre connaissance du sujet ? (entourer) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVALUATION PEDAGOGIQUE

*L'échelle d'évaluation proposée va **de l'appréciation la plus faible : 1, à la plus favorable : 10***

Si vous estimez ne pas pouvoir (ou vouloir) répondre, cerchez NSP (ne se prononce pas).

Pour répondre cerchez le chiffre correspondant à votre opinion.

Prestations assurées par le formateur [cerchez la valeur choisie]

Avez-vous acquis des données nouvelles pour votre pratique médicale ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] A

Les objectifs étaient-ils traités en accord avec les objectifs annoncés ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] B

Quelle était la qualité du document pédagogique fourni par l'intervenant ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] C

Quelle était la qualité des moyens pédagogiques lors de la présentation ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] D

Quel est le niveau d'intérêt que vous donnez au sujet traité ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] E

Envisagez-vous de modifier votre pratique médicale ? Non Oui → [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] F

Prestations assurées par l'organisateur

Comment évaluez-vous l'organisation matérielle de cette formation ? [1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP] G

(Information, lieu, accueil, durée et horaires, etc.)

Après cette formation, ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire sur ce thème ?

Théorique Non Oui

Pratique Non Oui

Donnez le questionnaire à la sortie. Les résultats seront communiqués au formateur. Merci.

Annexe 3 : proposition de Fiche d'évaluation du C.F.M.R.

EVALUATION A DISTANCE

Disponible trois mois après la formation sur le site internet du Collège
L'évaluation est anonyme

Son seul objet est de nous aider à cerner les attentes des participants.
Nous vous remercions de bien vouloir donner votre opinion.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN QUI EVALUE LA FORMATION

Etes-vous membre du Collège Français des Médecins Rhumatologues ? oui non
 Exercez-vous en : CABINET CHU CH PSPH Militaire
 Autre
 Quelle est votre activité prépondérante ? Libérale Hospitalière publique
 Salarié
 Autre

IDENTIFICATION DE LA FORMATION

Type de formation : Nationale Régionale
 Congrès Atelier Stage Séminaire -Club Réunion E.P.U
 Autre :
Intitulé de la formation :
Date : / / **Lieu** : **durée** :

Quelle est votre **pratique médicale** sur le sujet de formation ?
 Aucune Débutante Fréquente en Projet

EVALUATION PEDAGOGIQUE

*L'échelle d'évaluation proposée va **de l'appréciation la plus faible : 1, à la plus favorable : 10***
Si vous estimez ne pas pouvoir (ou vouloir) répondre, cerchez NSP (ne se prononce pas). Pour répondre cerchez le chiffre correspondant à votre opinion.

Après la formation avez-vous ?

- utilisé les documents pédagogiques fournis avec la formation ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (A)
- diffusé des informations auprès des collègues ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (B)
- eu un entretien post-fmc avec un responsable (équipe, établissement) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (C)
- décidé de modifier des procédures de soins (prescriptions, surveillance, évaluation, etc) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (D)
- appliqué les modifications décidées ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (E)
- atteint votre objectif de formation ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NSP (F)
- programmé une formation supplémentaire sur au moins l'un des thèmes ? Non Oui
- Si oui, sous quelle forme ?

Congrès	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Séminaire-Club	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Atelier, stage pratique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Autre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Précisions sur les besoins réels de FMC : quels thèmes seraient à privilégier ?

