



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA BANQUE DE MAÎTRES DE STAGE

STAGE D'ACTUALISATION

La Direction de l'admission et du perfectionnement procède actuellement à bâtir une banque de maîtres de stage pour les pharmaciens désirant faire un retour à la pratique pharmaceutique auprès du public, conformément au *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des pharmaciens du Québec*. Cette banque, ainsi qu'un modèle du guide de stage d'actualisation seront accessibles aux pharmaciens sur le site Internet de l'Ordre à l'adresse www.opq.org. Ce guide contient plusieurs renseignements, tels que les responsabilités du pharmacien et du maître de stage, la fiche d'appréciation du maître de stage, etc.

Pour être reconnu comme maître de stage dans le contexte spécifique d'un stage d'actualisation, vous devez respecter les critères suivants :

1. Être inscrit au Tableau de l'Ordre depuis au moins cinq (5) ans ;
2. Être inscrit à la banque de maîtres de stage ;
3. N'avoir aucune limitation ou suspension à votre permis d'exercice ;
4. Détenir une expérience pertinente comme pharmacien exerçant en milieu communautaire ou en établissement de santé ;
5. Avoir un dossier exempt de condamnation disciplinaire depuis au moins trois (3) ans ;
6. N'avoir fait l'objet d'aucune recommandation défavorable de la part du Comité d'inspection professionnelle ;
7. Avoir supervisé un stagiaire lors d'un stage internat ou lors de stages cliniques universitaires est un atout.

L'actualisation du pharmacien représente une période d'apprentissage pour réactiver les anciennes connaissances et en greffer de nouvelles, puis les appliquer dans un milieu de travail afin de rencontrer les exigences de la pratique actuelle. À titre de maître de stage, vous agirez, entre autres, comme conseiller et guide lors des nouveaux apprentissages à réaliser, permettant ainsi au pharmacien en stage de bénéficier de votre expérience et de votre disponibilité.

Si vous voulez **devenir maître de stage** et faire partie de la liste, veuillez remplir ce formulaire et le retourner par télécopieur au numéro 514 284-3420.

INSCRIPTION

Nom _____ Prénom _____ # permis _____

Nom de la pharmacie _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Téléphone () _____

Secteur d'activités	Disponibilité	
Communautaire <input type="checkbox"/>	Printemps <input type="checkbox"/>	Automne <input type="checkbox"/>
Établissement de santé <input type="checkbox"/>	Été <input type="checkbox"/>	Hiver <input type="checkbox"/>

Signature _____ Date _____