

Demande de prise en compte rétroactive de manifestations et de formations postgrade pour la formation postgrade de pharmacien·ne spécialiste en pharmacie d'officine

Extrait du chapitre 8.3.5 Programme de formation postgrade: pharmaciens spécialistes en pharmacie d'officine:

« Les personnes en formation ont la possibilité, en s'adressant à la FPH Officine, de demander à comptabiliser par après dans la formation postgrade en pharmacie d'officine des manifestations non reconnues. [...] Il est également possible de déposer auprès de la FPH Officine une demande pour prendre en compte dans la formation postgrade en pharmacie d'officine des formations postgrades complètes comme par exemple:

- certificats de capacité [certificats de formation complémentaire] FPH, dans la mesure où l'obligation de formation continue est remplie;
- cursus de formation postgrade universitaire (p. ex. CAS, DAS, MAS), [...];
- travaux de doctorat, [...] »

Vous trouverez d'autres informations détaillées au chapitre 8.3.5 du Programme de formation postgrade: pharmaciens spécialistes en pharmacie d'officine.

Auteur(e) de la demande

(uniquement les participants à la formation postgrade de pharmacien spécialiste en pharmacie d'officine)

Nom: _____

Prénom: _____

Courriel: _____

Numéro FPH: _____

Numéro FPH ou SSPH du destinataire de la facture: _____

Demande pour :

Prière de cocher ce qui correspond et de suivre les instructions.

Remarque: veuillez remplir un formulaire par manifestation ou formation

- prise en compte rétroactive d'une **manifestation accréditée pour la formation postgrade en pharmacie d'officine**, dont la participation a eu lieu **avant le début de la formation postgrade** (à l'exception des compétences acquises durant les études de pharmacie)

Veuillez joindre à cette demande la **validation de compétence** pour la manifestation.

- prise en compte rétroactive d'un **certificat de formation complémentaire FPH obtenu avant le début de la formation postgrade** (à l'exception du certificat de formation complémentaire FPH Vaccination et prélèvements sanguins obtenu par les diplômés qui ont passé leur examen fédéral en 2022 et après.)

Veillez joindre à cette demande **une copie du certificat** de formation complémentaire FPH ainsi que les justificatifs attestant l'accomplissement de la formation continue obligatoire pour toutes les années depuis l'obtention du certificat.

- prise en compte rétroactive d'une **manifestation non reconnue/accréditée pour la formation postgrade en pharmacie d'officine**

Veillez joindre à cette demande des copies de la soumission et du programme du cours.

Veillez également joindre à cette demande la preuve des compétences acquises.

Veillez en outre remplir l'**annexe I** à ce formulaire de demande.

Remarque: « Pour les manifestations [...], les preuves des compétences acquises sont valables pendant 5 ans (à compter de la date de la manifestation jusqu'à la validation des rôles). » (chapitre 8.3.5 PFP)

- prise en compte rétroactive d'une **formation postgrade** ou d'une **thèse de doctorat non reconnue pour la formation postgrade en pharmacie d'officine**

Veillez joindre à cette demande des copies de la soumission et du programme de formation postgrade.

Veillez également joindre à cette demande la preuve des compétences acquises ou un condensé/résumé de la thèse de doctorat.

Veillez en outre remplir l'**annexe II** à ce formulaire de demande.

Remarque: l'achèvement des cursus de formation postgrade universitaire et des travaux de doctorat ne doit pas remonter pas à plus de 5 ans au moment de la validation des rôles (cf. chapitre 8.3.5 PFP).

-
- J'ai compris que cette demande est payante. Les frais sont facturés conformément au [Règlement des tarifs de la FPH Officine](#).
-

Lieu, date

Signature

Remarque: veuillez adresser cette demande accompagnée de tous les documents et justificatifs requis à wb-fp@fphch.org.

Annexe I: prise en compte rétroactive d'une manifestation non reconnue/accréditée pour la formation postgrade en pharmacie d'officine

Veillez compléter ci-dessous:

Type de manifestation: cours
 webinaire en direct
 excursion
 symposium/congrès
 e-learning
 autre: _____

Organisateur/prestataire de formation: _____

Titre/thème: _____

Public-cible: _____

L'offre de formation était accessible à tous les pharmaciens et pharmaciennes d'officine. oui non

Langue: allemand
 français
 italien
 anglais

La manifestation atteint entièrement ou en partie l'objectif de formation pour le thème/les thèmes du contenu suivant(s) de la formation postgrade en pharmacie d'officine (cf. à ce sujet les rôles et thèmes du contenu correspondants, dans le catalogue des objectifs de formation de la formation postgrade de pharmacien spécialiste en pharmacie d'officine).

Rôle/thème du contenu: _____

Rôle/thème du contenu: _____

Date de la réalisation: _____

Lieu de la formation: _____

Nom de l'intervenante ou de l'intervenant: _____

Profession/activité de l'intervenante ou de l'intervenant: _____

Volume (nombre d'heures ou de jours): _____

Sponsor(s): _____

Tous les sponsors ont été déclarés. oui non il n'y a pas de sponsors

Annexe II : prise en compte rétroactive d'une formation postgrade non reconnue pour la formation postgrade en pharmacie d'officine.

Veillez compléter ci-dessous:

Type de formation postgrade: Certificate of Advanced Studies (CAS)
 Diploma of Advanced Studies (DAS)
 Master of Advanced Studies (MAS)
 Dissertation
 autre: _____

Université/Haute école/prestataire de formation: _____

Titre/thème: _____

Public-cible: _____

L'offre de formation était accessible à tous les pharmaciens et pharmaciennes d'officine. oui non

Langue: allemand
 français
 italien
 anglais

La formation postgrade atteint entièrement ou en partie l'objectif de formation pour le thème/les thèmes du contenu suivant(s) de la formation postgrade en pharmacie d'officine (cf. à ce sujet les rôles et thèmes du contenu correspondants, dans le catalogue des objectifs de formation de la formation postgrade de pharmacien spécialiste en pharmacie d'officine).

Rôle/thème du contenu: _____

Rôle/thème du contenu: _____

Rôle/thème du contenu: _____

Date de l'achèvement de la formation: _____

Lieu de la formation: _____

Nom de la personne responsable de la prise en charge: _____

Profession/activité de la personne responsable de la prise en charge: _____

Durée: Durée totale de la formation: _____

Nombre effectif de jours de formation: _____

Sponsor(s): _____

Tous les sponsors ont été déclarés. oui non il n'y a pas de sponsors