



Critères de Validation d'un programme EPP

Titre du programme EPP :

Nom du médecin responsable :

Dossier reçu le : ____/____/20____ Dossier examiné le : ____/____/20____

Le dossier soumis est complet : OUI NON (dans ce cas, arrêt de l'évaluation)

Critères d'évaluation généraux	Oui	Non	NA
1- Le thème choisi est pertinent ? expliqué et justifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Les références (biblio, référentiels, réglementation ...) sont citées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Les responsables (participants, ...) sont identifiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Les objectifs sont identifiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- La méthode utilisée est en cohérence avec les objectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Un calendrier prévisionnel et/ou réalisé est présenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Les modalités d'organisation et de mise en œuvre sont précisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Les modalités de recueil des données sont décrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Les résultats sont présentés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- La réévaluation et le suivi sont planifiés et/ou mis en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- La communication a été mise en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Les moyens, coûts éventuels et ressources sont spécifiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères d'évaluation spécifiques pour les staffs-EPP / les RCP	Oui	Non	NA
1- Une charte de fonctionnement respectant les recommandations a été établie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Un compte-rendu formalisé pour chaque RMM / staff-EPP / RCP existe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Une liste d'émargement pour chaque RMM / staff-EPP / RCP est présente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- La RMM / le staff-EPP / la RCP sont actifs depuis un an au moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- La RMM / le staff-EPP / la RCP ont fait l'objet d'un rapport annuel d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les médecins engagés dans le programme sont susceptibles de valider leur obligation individuelle d'EPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avis de la commission EPP de la SFLS le : ____/____/20____

Validation du programme (avis favorable)

Validation du programme avec observations (avis réservé)

➔ Nature des observations/recommandations :

Démarche non valide pour l'EPP (avis défavorable)

➔ Nature des observations/recommandations :

Dossier incomplet (renvoi du dossier)

Avis transmis au responsable du programme le : ____/____/20____

Commentaires :

.....

.....