

# DEMANDE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DPC MÉDICAL

V9-05/2014

### 01 | ÉTABLISSEMENT

EXERCICE ..... NOM ÉTABLISSEMENT .....

NUMÉRO DE DOSSIER .....

DATE CME\* ..... AVIS CME\* (cocher la case) FAVORABLE  DÉFAVORABLE

\*champs facultatifs

### 02 | ORGANISME DPC

N° DE SIRET ..... N° ENREGISTREMENT OGDPC .....

SIGLE .....

### 03 | PROGRAMME DPC

**1 | CONTENU DU PROGRAMME** [COCHER LA CASE]

**PROGRAMME DÉPOSÉ** SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - COMPLÉTER UNIQUEMENT LE NUMÉRO DE PROGRAMME ET L'INTITULÉ PRIS SUR LE SITE DE L'OGDPC

**N° PROGRAMME** ..... **INTITULÉ DU PROGRAMME DPC** .....

**PROGRAMME NON DÉPOSÉ** SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - UNIQUEMENT DANS CE CAS COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS

**INTITULÉ DU PROGRAMME DPC** .....

PARTIE **COGNITIVE** MÉTHODE HAS ..... ORIENTATION NATIONALE .....

INTITULÉ .....

PARTIE **ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** MÉTHODE HAS .....

INTITULÉ .....

### 2 | DATE ET LIEU

	DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE (en heures)	LIEU
PARTIE <b>COGNITIVE</b>	.....	.....	.....	.....
PARTIE <b>APP</b>	.....	.....	.....	.....

### 3 | PARTICIPANT

N° RPPS	NOM	PRÉNOM	STATUT	% TPS TRAVAIL*
.....	.....	.....	.....	.....

\*Rubriques réservées pour les praticiens attachés, et praticiens contractuels.

SPÉCIALITÉ DU PRATICIEN .....

Si autre activité salariée préciser le(s) employeur(s) et le % de temps de travail .....

### 4 | FRAIS

COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TEMPS MÉDICAL DPC *	TOTAL
N	.....	.....	.....	.....
N + 1	.....	.....	.....	.....
N + 2	.....	.....	.....	.....

Date :

**J'atteste que le professionnel de santé médical est inscrit au programme DPC mentionné.**

Le directeur

Pour sauvegarder la DAPEC :  
- Choisir : Fichier – puis Imprimer :  
au niveau de l'imprimante choisir PDF CREATOR, ou PDF ACROBAT...  
- Enregistrer le PDF rempli dans vos documents.

\* La prise en charge du temps médical DPC est conditionnée par le remplacement effectif du professionnel concerné.