**Reconnaissance de formatrice / formateur au cabinet médical**

**Médecine interne générale**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Formatrice / formateur : Nom

Prénom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Adresse

Téléphone

Courriel

**Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel ?  oui  non

Cabinet de groupe ?  oui  non

Surface du cabinet       m2

Nombre de médecins

Nombre de salles d’examen

Disposez-vous, dans votre cabinet, d’une salle de consultation et d’une place de travail pour la personne en formation ?

oui  non

Un ordinateur avec une connexion internet performante est-il à disposition sur la place de travail ou à proximité directe ?

oui  non

**Caractéristiques du cabinet médical**

Seuls les médecins chez qui le contact en présentiel avec les patients est garanti peuvent être reconnus (reconnaissance « ad personam »). Est-ce votre cas ?

oui  non

Veuillez indiquer la part de votre patientèle dans le domaine de la médecine interne générale (en %)

      %

Combien de consultations effectuez-vous par semaine ?\*

Nombre de consultations par semaine pour la personne en formation au cabinet médical

Consultations sans rendez-vous préalable\*

Consultations sur rendez-vous (patients suivis dans la durée)\*

\*Veuillez indiquer vos chiffres personnels (pas ceux de l’ensemble du cabinet de groupe)

Avez-vous recours à des méthodes de médecine complémentaire ?

oui  non

Si oui, lesquelles ?

Dans combien de cas ces méthodes sont-elles spécifiquement utilisées ?

      %

Prestations et qualifications particulières du cabinet :

**Formatrice / formateur**

La ou le médecin reconnu-e comme formatrice ou formateur (p. ex. médecin-chef-fe) est aussi responsable de la formation postgraduée et a obtenu le titre de spécialiste en médecine interne générale. Est-ce votre cas ?

oui  non

Veuillez indiquer votre taux d’activité (en %)

      %

Disposez-vous d’un diplôme de formation continue ISFM valable en médecine interne générale (veuillez le joindre svp) ?

oui  non

Mentorat / tutorat pour la personne en formation au cabinet médical

oui  non

Respectez-vous les principes scientifiques et économiques reconnus dans l’exécution du diagnostic et de la thérapie ?

oui  non

Êtes-vous en mesure d’attester avoir exercé une activité indépendante d’au moins un an en cabinet médical, sans contestation sur le plan professionnel ?\*

oui  non

Où et pendant quelle période ?\*

\*La demande de reconnaissance ne peut pas être déposée plus de deux mois avant la fin de l’année d’activité exigée.

Avez-vous participé au cours de médecin formateur ? (veuillez svp joindre une attestation de participation)

oui  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée en tant que chef-fe de clinique, médecin adjoint-e ou médecin-chef-fe dans un établissement de formation postgraduée reconnu ?

oui  non

Si « oui », où, dans quelle fonction et pendant quelle période ?

Êtes-vous membre d’un cercle de qualité et y participez-vous régulièrement avec la personne en formation ?

oui  non

**Formation postgraduée pratique**

La supervision de la personne en formation est-elle assurée en permanence par un-e spécialiste ?

oui  non

Votre présence est-elle assurée au moins 75 % du temps de travail de la personne en formation ?

oui  non

Est-ce que la personne en formation a accès à un système en ligne d’aide à la prise de décisions cliniques (p. ex. UpToDate ou Dynamed) ?

oui  non

Procédez-vous régulièrement à l’interprétation des radiographies et des échographies avec la personne en formation ?

oui  non

Si « non » :

Collaborez-vous avec un institut de radiologie ou avec un-e collègue spécialisé-e dans ce domaine et interprétez-vous des radiographies des extrémités, du thorax et évt. du squelette axial de vos patients avec la personne en formation ?

oui  non

Vous occupez-vous régulièrement de cas d’urgence ?

oui  non

La personne en formation peut-elle s’occuper régulièrement de cas d’urgence (p. ex. en participant aux services de garde régionaux) ?

oui  non

Effectuez-vous régulièrement des visites à domicile et y faites-vous participer la personne en formation ?

oui  non

Enseignez-vous la gestion autonome des questions d’éthique et d’économie de la santé ainsi que la gestion des erreurs et des risques dans la prise en charge des personnes en bonne santé et des malades dans des situations typiques de la médecine interne générale ? (cf. art. 41, al. 1 h, RFP)

oui  non

**Formation postgraduée théorique**

Formation postgraduée structurée (colloques, discussions de cas, etc.) en médecine interne générale (4 heures/sem.), y c. Journal-club 1 fois par semaine\*

oui  non

Discussions de cas structurées, au moins 1 par semaine (dans le cadre de la formation postgraduée structurée)\*

oui  non

\*(discussion interne de cas ou session de formation postgraduée dans une clinique)

Rapport quotidien entre la personne en formation et la formatrice ou le formateur

oui  non

Participation à des sessions de formation postgraduée ou continue reconnues par la SSMIG (jours/an)

REMARQUES IMPORTANTE :

Dans l’assistanat au cabinet médical, seule une personne en formation par formatrice / formateur est autorisée.

Par 6 mois de stage, 4 semaines au maximum peuvent être reconnues comme remplacement de la ou du médecin titulaire du cabinet. En son absence, la formatrice ou le formateur s’assure que la personne en formation puisse, si besoin est, faire appel à un-e spécialiste approprié-e (art. 34 RFP).

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale d’exercer (copie)

Attestation de participation au cours de médecin formateur (copie)

Attestation de la formation continue accomplie selon la RFC (diplôme FC)

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée en médecine interne générale du 1er janvier 2022, et en particulier du chapitre 3 « Contenu de la formation postgraduée ». Je certifie que mon cabinet médical offre toutes les garanties pour une formation postgraduée en tout point conforme aux exigences susmentionnées.

Lieu et date Prénom Nom

     ,

Berne, le 10.3.2022/rj