**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Gynécologie et obstétrique**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

e-mail

Date Détenteur/trice du cabinet

**Infrastructure / Caractéristiques du cabinet médical**

Cabinet médical individuel?  oui  non

Cabinet de groupe?  oui  non

Nombre de salles d’examen

Au moins une heure par jour est-elle réservée pour la supervision / l’enseignement?

oui  non

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?

oui  non

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

oui  non

Si oui, où et dans quelle fonction?

Le cabinet médical est-il incorporé dans un réseau de formation postgraduée et / ou a-t-il une convention de coopération avec une clinique de catégorie A ou B? (veuillez joindre les justificatifs)

oui  non

L’assistant dispose-t-il de son propre local de consultation?

oui  non

Nombre moyen de patients examinés par jour / par le médecin-assistant

La supervision est-elle garantie pour toutes les consultations?

oui  non

Le médecin-assistant a-t-il la possibilité de participer à une formation postgraduée théorique (au moins 2 heures par semaine)?

oui  non

Le médecin-assistant a-t-il la possibilité de participer à un cours en bloc pendant son assistanat de 6 mois au cabinet médical?

oui  non

Un remplacement du médecin titulaire du cabinet dans le cadre d’un assistanat en cabinet peut être validé à hauteur de 4 semaines par 6 mois de formation. En son absence, vous comme formateur s’assurez que le médecin en formation puisse, si besoin est, faire appel à un spécialiste approprié.

**Déclaration de consentement**

Au cas où j’obtiens la reconnaissance en tant que formateur en gynécologie et obstétrique, j’accepte les directives concernant mon temps de présence tout en demeurant à la disposition de mon assistant en vue d’assurer la supervision et pour répondre à ses questions au cours de la durée globale de son assistanat (garantie d’un soutien ininterrompu à l’assistant au cabinet médical).

Mon temps de présence:

pour la durée totale de la période de formation postgraduée (assistanat) au moins 100%

pour le travail quotidien au moins 100%

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

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

Lieu, date Signature du responsable du cabinet médical

     

Berne, 2.12.2019/rj