**Protocole de formation postgraduée et formulaire de demande
pour l’attestation de formation complémentaire**

**Radioprotection en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (SSCC)**

Nom, prénom, date de naissance :

Adresse :

Numéro GLN (numéro à 13 chiffres, cf. carte de médecin) :

Fonction (médecin-assistant-e, chef-fe de clinique, etc.) :

Établissement(s) pour la formation pratique :

|  |  |
| --- | --- |
| Établissements de formation, formateurs (date, signature) | du - au |
| 1      |       |
| 2      |       |
| 3      |       |

1. **Formation théorique**

Date du cours d’expert en radioprotection reconnu par l’OFSP pour les médecins en radioscopie :

(veuillez joindre l’attestation de participation au cours ou le document de l’OFSP attestant de l’équivalence de la formation en radioprotection accomplie à l’étranger)

1. **Formation pratique dans des établissements reconnus**

Attestation du formateur responsable que les objectifs de formation pratiques sont remplis

1. Atteinte des objectifs de formation pratiques généraux
(chiffre 4.2.1 du programme) :
* Choix optimal de la méthode thérapeutique ou diagnostique [ ] [ ]  oui
(justification / pose de diagnostic)
* Positionnement correct du patient [ ] [ ]  oui
* Radioprotection du patient [ ] [ ]  oui
* Radioprotection des collaborateurs et de l’examinateur [ ]  [ ]  oui
* Optimisation de la durée de radioscopie en lien avec l’examen concerné [ ] [ ]  oui
* Taille correcte de la coupe en lien avec l’examen concerné [ ]  [ ] oui
1. Atteinte des objectifs de formation pratiques spécifiques (chiffre 4.2.2 du programme) :

Objectif de formation n° 1 : [ ]  oui

La ou le candidat-e est en mesure d’effectuer les applications radiologiques à fortes doses en chirurgie cardiaque de manière optimale en ce qui concerne la dose utilisée.

* Implantation de stimulateurs cardiaques et de systèmes de défibrillation [ ] [ ]  oui
* Explantation de stimulateurs cardiaques et de systèmes de défibrillation [ ] [ ]  oui
* Implantation d’endoprothèses [ ] [ ]  oui
* Implantation transcathéter de valves et de systèmes endocardiques [ ] [ ]  oui
* Implantations de cathéters [ ] [ ]  oui
* Implantation de stents cardiaques, centraux et périphériques [ ] [ ]  oui

Objectif de formation n° 2 : [ ] [ ]  oui

La ou le candidat-e connaît et comprend en détail les possibilités techniques d’optimisation de l’équipement utilisé et peut les appliquer.

Objectif de formation n° 3 : [ ] [ ]  oui

La ou le candidat-e est en mesure d’évaluer la dose déjà appliquée en cours d’examen et d’introduire, le cas échéant, les mesures nécessaires de correction pour éviter toute séquelle.

Objectif de formation n° 4 : [ ] [ ]  oui

La ou le candidat-e peut évaluer un examen effectué quant à la dose administrée au patient et elle ou il connaît le concept des valeurs référentielles du diagnostic.

Objectif de formation n° 5 (chiffre 4.3.5) : [ ] [ ]  oui

La ou le candidat-e connaît les risques liés à l’application du rayonnement ionisant pour elle ou lui-même et pour le personnel et est en mesure d’appliquer les différents moyens et mesures de protection de manière optimale.

Je demande l’attestation de formation complémentaire « Radioprotection en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (SSCC) ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Candidat-e (lieu, date, signature) |  | Dernière personne en charge de la formation enradioprotection pratique (lieu, date, signature) |
|       |  |       |

**Annexes**:

* Attestation de participation au cours d’expert en radioprotection reconnu par l’OFSP pour les médecins en radioscopie (copie) :
* Lorsque le cours en radioprotection a été suivi à l’étranger : document attestant de l’équivalence de cette formation par l’OFSP
* Lorsque la formation pratique en radioprotection a eu lieu à l’étranger : document attestant de l’équivalence de cette formation pratique par l’OFSP (copie)
* Justificatif du versement de la taxe de 300 francs pour les non-membres de la SSCC ou des Young Surgeons. Aucune taxe n’est prélevée pour les membres.

À envoyer au :

Secrétariat de la SSCC

c/o Meister ConCept GmbH

Bahnhofstrasse 55

5000 Aarau

Tél. 062 836 20 91

Fax 062 836 20 97

Courriel: info@sghc.ch

Coordonnées bancaires :

Credit Suisse

IBAN: CH36 0483 5152 4130 2100 0

Compte 1524130-21