**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Chirurgie de la main**

[ ]  Demande de reconnaissance

[ ]  Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

 Année de naissance

 Titre de spécialiste

 Cabinet depuis

 Adresse

 Téléphone

 Courriel

Est-ce que vous remplissez les exigences suivantes?

Vous dirigez son cabinet de manière indépendante depuis au moins 4 ans.

[ ]  oui [ ]  non

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?

[ ]  oui [ ]  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduéeen 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?

Vous utilisez des méthodes reconnues.

[ ]  oui [ ]  non

Vous procèdez à au moins 800 consultations ou consiliums en chirurgie de la main par an.

[ ]  oui [ ]  non

Vous garantissez la supervision de votre assistant pendant les heures de consultation (un médecin en formation au maximum), c’est-à-dire qu’il consacre au moins 1h/jour à la formation postgraduée.

[ ]  oui [ ]  non

Vous effectuez au moins 400 interventions de chirurgie de la main par an.

[ ]  oui [ ]  non

Vous disposez d’une salle de consultation/examen pour votre assistant.

[ ]  oui [ ]  non

Vous permettez à votre assistant de suivre au moins deux heures de formation postgraduée par semaine.

[ ]  oui [ ]  non

La durée de la suppléance qui peut être validée dans le cadre de l’assistanat au cabinet est de 4 semaines tous les 6 mois. Vous comme formateur s’assurez qu’un médecin au bénéfice d’un titre de spécialiste en chirurgie de la main est disponible sur appel pour le médecin en formation.

[ ]  oui [ ]  non

**Documents à joindre**

[ ]  Autorisation cantonale de pratiquer (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 du praticien en chirurgie de la main du 1er janvier 2018 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 Signature

     ,

Berne, le 19.4.2018.2016/rj