**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur-trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

Date Détenteur/trice du cabinet

**Caractéristiques / Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel?  oui  non

Cabinet de groupe?  oui  non

Nombre de médecins

Nombre de salles d'examen

L'assistant dispose-t-il d'une salle d'examen ou d'une place de travail?  oui  non

Nombre de classes d’âge

Nombre de catégories de pathologie

Sexe des patients  uni-  bi-

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?  oui  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée en tant  oui  non

que chef de clinique, médecin adjoint ou médecin-chef dans un établissement

de formation postgraduée reconnu?

Si oui, où et dans quelle fonction?

Pour garantir une formation postgraduée clinique continue et l’encadrement du candidat, le formateur responsable gère personnellement son cabinet médical au moins à 50%. En son absence, il se tient, ou son remplaçant, à disposition du médecin-assistant pendant toute son activité au cabinet pour répondre à ses questions, discuter de cas et effectuer des supervisions.

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, le formateur s’assure que le médecin en formation puisse, si besoin est, faire appel à un spécialiste approprié.

oui  non

En ce qui concerne l’enseignement théorique et pratique, la formation postgraduée clinique, les catégories de la psychopathologie, le sexe et les classes d’âge, les cabinets médicaux doivent remplir au moins les exigences posées aux établissements de formation postgraduée de catégorie D (voir chiffre 5.6 du programme de formation postgraduée).

oui  non

L’enseignement théorique et pratique ainsi que la formation postgraduée clinique doivent être complétés par une collaboration avec un établissement de formation postgraduée qualifié (veuillz svp. joindre l’accord passé avec l’établissement de formation postgraduée.

oui  non

**Déclaration de consentement**

Au cas où j’obtiens la reconnaissance en tant que formateur en psychiatrie et psychothérapie d’enfants et d’adolescents, 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 50%

pour le travail quotidien au moins 50%

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Accord passé avec l’établissement de formation postgraduée pour l’enseignement théorique et pratique complémentaire

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

Lieu, date Signature du détenteur/trice du

cabinet médical

Berne, le 30 juin 2017/rj