**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Psychiatrie et psychothérapie des addictions**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

Êtes-vous spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et avez-vous accompli la formation appro-fondie en psychiatrie et psychothérapie des addictions?

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?

Avez-vous dirigé votre cabinet de manière indépendante au moins pendant 2 ans?

oui  non

Les examens et traitements effectués au cabinet médical relèvent essentiellement de la psychiatrie des addictions (au moins 50% des contacts avec les personnes en traitement).

oui  non

Confirmez-vous que vous n’allez engager qu’un seul candidat à la fois?

oui  non

Avez-vous rédigé un cahier des charges et conclut un contrat de formation postgraduée?

oui  non

Le candidat dispose-t-il de son propre poste de travail et de son propre local de consultation?

oui  non

Le candidat a accès à des banques de données et revues scientifiques.

oui  non

Proposez-vous au moins 2 heures de cours pratiques ou supervisions par semaine?

oui  non

Le cabinet assure la prise en charge ambulatoire d’au moins 50 personnes en traitement/semestre souffrant de troubles psychiatriques de l’ensemble du domaine de la psychiatrie et psychothérapie des addictions.

oui  non

Le candidat peut travailler au moins 15 heures par semaine avec des personnes en traitement.

oui  non

Le responsable du cabinet a l’obligation de permettre au candidat de participer à des sessions de formation postgraduée externes pendant son temps de travail, en particulier le cours de formation postgraduée de la SAPP.

oui  non

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

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

Cahier des charges

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée du praticien en psychiatrie et psychothérapie des addictionse du 1er juillet 2016 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 28 septembre2017 / sl