**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