**Reconnaissance de formatrice / formateur au cabinet médical**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Formatrice / formateur : Nom Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Prénom Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Année de naissance Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Titre de spécialiste Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Cabinet depuis Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Adresse du cabinet Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Téléphone Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Courriel Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

Taux d’occupation Cliquez ou tapez ici pour entrer du texte.

**IMPORTANT :**

Pour obtenir la reconnaissance, la formatrice ou le formateur au cabinet médical doit non seulement remplir les critères spécifiques figurant au chiffre 5 du programme de formation, mais aussi les exigences de la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP).

**Remarque : les fausses déclarations sont pénalement répréhensibles.**

**Annexes**

**Autorisation de pratique :**

Aucun justificatif séparé n’est nécessaire ; les contrôles se font au moyen des données publiques enregistrées dans le registre des professions médicales (MedReg).

**Devoir de formation continue :**

Aucun justificatif séparé n’est nécessaire (copie du diplôme de formation continue) ; les contrôles se font au moyen des données enregistrées auprès de la société de discipline médicale.

**Éventuels documents complémentaires :**

Selon la discipline, des documents complémentaires doivent être fournis. Pour savoir si cela concerne votre discipline, veuillez vous référer au formulaire ci-dessous.

**Liens :**

* [Programmes de formation postgraduée](https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations.cfm) (critères pour la classification des établissements de formation postgraduée, cf. chiffre 5)
* Sous « Téléchargements » : [Réglementation pour la formation postgraduée (RFP)](https://www.siwf.ch/fr/etablissements/reconnaissance-etablissements.cfm)
* Sous « Téléchargements » : [Glossaire](https://www.siwf.ch/fr/etablissements/reconnaissance-etablissements.cfm)
* Sous « Téléchargements » : [Tarif des émoluments](https://www.siwf.ch/fr/etablissements/reconnaissance-etablissements.cfm)

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée, et en particulier du chiffre 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 mentionnées.

Lieu, date Prénom, nom

Lieu, date Prénom et nom

\* Il n’est pas nécessaire de signer manuellement.

**Art. 39, al. 1-6, RFP : « Conditions générales préalables à la reconnaissance »**

Veuillez confirmer que vous remplissez les exigences mentionnées ci-dessous conformément à l’article 39 de la RFP :

|  |  |
| --- | --- |
| En tant que maître de stage, vous |  |
| * garantissez le respect des exigences du programme de formation postgraduée prescrit (art. 39, al. 1, RFP) ; | oui  non |
| * êtes en possession du titre de spécialiste exigé (art. 39, al. 2, RFP) ; | oui  non |
| * remplissez votre devoir de formation continue selon la RFC (art. 39, al. 4, RFP) ; | oui  non |
| * garantissez la supervision permanente des médecins en formation par un-e spécialiste. Dans les cabinets médicaux, la formatrice ou le formateur doit être présent au moins 75 % du temps de présence de la personne en formation (art. 39, al. 5, RFP) ; | oui  non |
| * organisez la planification du travail de telle sorte qu’elle permet de respecter le temps de travail maximal et de garantir la formation postgraduée prescrite (art. 39, al. 6, RFP). | oui  non |

En outre, vous devez avoir suivi un cours de médecin formateur ou participé à un total d’au moins deux jours de cours Teach the teachers de l’ISFM (veuillez joindre l’attestation de participation)

oui  non

ou exercé une activité d’enseignement d’au moins 2 ans en tant que chef-fe de clinique, une activité d’enseignement d’au moins deux ans dans une fonction de cadre au sein d’un établissement de formation postgraduée reconnu (art. 39, al. 3, RFP)

oui  non

Si oui, dans quelle fonction et pendant quelle période ?

**Hématologie**

**Catégorie souhaitée**

Cabinets médicaux (6 mois)

**Infrastructure du cabinet médical**

- Cabinet médical individuel ?  oui  non

- Cabinet de groupe ?  oui  non

- Surface du cabinet       m2

- Nombre de médecins

|  |  |
| --- | --- |
| **Caractéristiques de l’établissement de formation postgraduée (cabinet)** | **Vos données** |
| * Vous avez dirigé votre cabinet pendant au moins 2 ans avant la reconnaissance (à un taux de min. 80 %). | oui  non |
| * Les patients pris en charge relèvent à 50 % du domaine de l’hématologie et, au terme de la période de mise en courant, la personne en formation prend en charge au moins 20 patients souffrant de maladies hématologiques par semaine. | oui  non |
| * Votre cabinet dispose d’au moins 1 salle de consultation par médecin. | oui  non |
| * La personne en formation peut assister à 2h de formation postgraduée par semaine dans une institution de catégorie A ou B. | oui  non |
| * Une discussion de cas d’au moins 30 à 60 minutes a lieu chaque jour. | oui  non |

**IMPORTANT :**

Par 6 mois de stage, 4 semaines au maximum peuvent être reconnues comme remplacement de la ou du médecin titulaire du cabinet. En son absence, le ou la maître de stage s’assure que la personne en formation puisse, si besoin est, faire appel à un-e spécialiste approprié-e (cf. art. 34, al. 3, RFP).