**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Psychiatrie et psychothérapie forensique pour enfants et 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

Temps de présence du formateur cabinet en %

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?

Le cabinet procède majoritairement à des examens et thérapies en psychiatrie [ ]  oui [ ]  non

forensique pour enfants et adolescents (au moins 2/3 des contacts de patients)

Le détenteur du cabinet propose au moins 2 heures par semaine de cours [ ]  oui [ ]  non

pratique ou de supervision

Le candidat a la possibilité de suivre des sessions de formation postgraduée [ ]  oui [ ]  non

Le détenteur du cabinet rédige un cahier des charges [ ]  oui [ ]  non

et conclut un contrat de formation postgraduée avec le candidat

**Documents à joindre**

[ ]  Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

[ ]  Attestation cours de médecin formateur

[ ]  Contrat de formation postgraduée

[ ]  Cahier des charges (description de poste, tâches, obligations, compétences)

[ ]  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 octobre 2019/sl