**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Gériatrie**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur-trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Formation approfondie en gériatrie

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

**Caractéristiques / Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel ?  oui  non

Cabinet de groupe ?  oui  non

Nombre de médecins

Nombre de salles d'examen

Temps de présence du formateur en cabinet en %

Pouvez-vous attester avoir accompli un cours de formateur médical ?  oui  non

Ou pouvez-vous attester avoir exercé une activité de formation postgraduée au moins pendant 2 ans en qualité de chef de clinique / médecin dirigeant / médecin-chef dans un établissement de formation postgraduée reconnu (pas nécessairement en gériatrie).

oui  non

Si oui, où et dans quelle fonction ?

**Organisation / Activité clinique**

Est-ce que vous prenez en charge des patients en institutions de longue durée (long term care) ?

oui  non

Si oui,

* Est-ce que vous organisez régulièrement des réunions interdisciplinaires avec l’équipe de l’institution de longue durée ?

oui  non

* Est-ce que le médecin-assistant de votre cabinet médical prend en charge au moins 35 patients de longue durée par an ?

oui  non

* Est-ce que vous organisez un mentorat / tutorat pour chaque médecin en formation ?

oui  non

* Est-ce que le médecin en formation a la possibilité de participer à des sessions de formation postgraduée à l’extérieur ?

oui  non

* Est-ce que vous proposez une formation postgraduée structurée en gériatrie d’au moins une heure par semaine (discussions de cas y compris interdisciplinaires, Journal Club, colloques, cercles de qualité) ?

oui  non

Est-ce que vous disposez d’une salle de consultation et d’un poste de travail pour le médecin en formation ?

oui  non

Est-ce que vous posez vos diagnostics et mener ses traitements selon des méthodes scientifiques et économiques reconnues ?

oui  non

Est-ce que vous prenez régulièrement en charge des personnes en situation d’urgence ?

oui  non

Est-ce que vous effectuez régulièrement des visites à domicile (avec la participation du médecin en formation)?

oui  non

**IMPORTANT:** Un seul médecin en formation par médecin formateur.

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Attestation de participation au cours de médecin formateur (copie)

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

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée du praticien en gériatrie du 1er janvier 2000, 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 11.3.2019/rj