**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