**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Rhumatologie**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

**Infrastructure du cabinet médical**

- Cabinet médical individuel?  oui  non

- Cabinet de groupe?  oui  non

- Grandeur du cabinet       m2

- Nombre de médecins

- Nombre de salles d’examen

- L’assistant dispose-t-il d’une place de travail?  oui  non

- L’assistant dispose-t-il d’une salle d’examen?  oui  non

**Caractéristique du cabinet médical**

Soins de base en rhumatologie  oui  non

Prise en charge hospitalière (conjointe)  oui  non

Physiothérapie (Au minimum des entretiens hebdomadaires avec le  oui  non

physiothérapeutes.)

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?  oui  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée  oui  non

en qualité de médecin-cadre dans un établissement de formation postgraduée

de catégorie A ou B.

Si oui, où et dans quelle fonction?

**Formation postgraduée théorique**

Présentation interne de cas (heures par semaine)

Journal-Club (nombre par mois)

Discussions interdisciplinaires de cas avec p. ex. la pathologie, la dermatologie,

la neurologie, la pneumologie, la chirurgie, la radiologie (heures par semaine)

Formation postgraduée structurée en rhumatologie (h/semaine) («cursus»)

Possibilité d’exercer une activité scientifique

Possibilité d’assister à des sessions de formation postgra-duée externes

(nombre de jours min. par an)

Un remplacement du médecin titulaire du cabinet dans le cadre d’un assistanat en cabinet peut être validé à hauteur de 4 semaines par 6 mois de formation. En son absence, vous comme formateur s’assurez que le médecin en formation puisse, si besoin est, faire appel à un spécialiste approprié.

oui  non

**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 rhumatologie du 1er janvier 2021 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 27.10.2016/sl