



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

MEDECIN AGREE

Catégorie E1

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (article 76 alinéa 4)

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Titre postgrade fédéral : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service: _____ Pourcentage d'activité prévu: _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____



**Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal**

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

ANNONCE

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

MEDECIN VISITEUR

Catégorie E2

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (article 76 alinéa 4)

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Titre postgrade fédéral : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service: _____ Pourcentage d'activité prévu: _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____



**Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal**

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

ANNONCE

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

FELLOWSHIP (CH, UE/AELE)

Catégorie E3.1

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service: _____ Pourcentage d'activité prévu: _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

FELLOWSHIP (HORS UE/AELE)

Catégorie E3.2

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service: _____ Pourcentage d'activité prévu: _____

Nom du/des superviseur/euse/s : _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

MEDECIN BENEVOLE

Catégorie E4

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (article 76 alinéa 4)

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Titre postgrade fédéral : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service : _____ Pourcentage d'activité prévu : _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUER À TITRE DÉPENDANT pour les médecins exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle

Catégorie E5 – Médecin avec diplôme de médecin et titre postgrade hors UE/AELE (non reconnaissable)

Loi sur la santé publique du 29 mai 1985, art. 75a

Nom et adresse du futur employeur: _____

Nom de la personne engagée : _____

Nom avant le mariage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Femme Homme

Adresse privée : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Nationalité : _____ Permis : _____

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : _____

Délivré par : _____ le : _____

Titre postgrade fédéral : _____

Délivré par : _____ le : _____

Date d'engagement prévue: du _____ au _____

Fonction dans l'établissement : _____

Service : _____ Pourcentage d'activité prévu : _____

Coordonnées du dernier employeur : _____

Lieu et date : _____

Timbre, signature du futur employeur : _____

Documents à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer Médecin dépendant sous sa propre responsabilité

Catégorie E1 – Médecin agréé

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie du diplôme fédéral de médecin ou de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO ;
- Copie du titre postgrade fédéral ou de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO ;
- Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire ; si vous résidez depuis moins de 6 mois en Suisse, merci de fournir également le casier judiciaire de votre dernier pays de résidence ;
- Certificat médical (datant de moins de 6 mois) attestant de l'aptitude physique et psychique à exercer la profession (formulaire officiel téléchargeable), établi par un médecin autorisé à pratiquer en Suisse ;
- Si vous arrivez de l'étranger et que vous y avez pratiqué, fournir un certificat de situation professionnelle récent (moins de 3 mois) et original, délivré par l'Ordre National des médecins qui atteste que vous n'avez eu ni sanction disciplinaire ni retrait d'autorisation de pratiquer. Si le document a été délivré par voie électronique, prière de joindre également l'e-mail d'accompagnement.
- Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
- Spécimen de signature ;
- **Si moins de 3 ans ISFM**, demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin)

Un émolument de CHF 750.- est demandé pour cette autorisation.

Si le médecin est déjà au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans un autre canton :

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copies de toutes les autorisations de pratiquer délivrées par d'autres cantons ;
- Original ou copie certifiée conforme des attestations récentes (3 mois au plus) de bonne conduite

(« certificate of good standing », attestant la validité de l'autorisation et l'absence de mesures administratives ou disciplinaires/des procédures en cours visant une telle mesure) établies par les autorités des cantons vous ayant délivré une autorisation de pratique ;

- Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
- Certificat(s) de travail ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
- Spécimen de signature ;
- **Si moins de 3 ans ISFM**, demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin).

Cette autorisation est gratuite (loi du 6 octobre 1995 sur le marché intérieur).

DOCUMENTS

A joindre à la demande d'autorisation de pratiquer

Catégorie E3.2 – Fellowship (Hors UE)

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Copie du diplôme de médecin (traduction en français si langue étrangère) ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire du dernier pays de résidence ;
- Certificat médical (datant de moins de 6 mois) attestant de l'aptitude physique et psychique à exercer la profession (formulaire officiel téléchargeable) ;
- Plan de formation détaillé ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
- Attestation de langue française (niveau B2 minimum exigé) ;
- Attestation de bonne conduite récente (datant de moins de 3 mois) et originale délivrée par l'autorité compétente (Ordre **National** des Médecins) du pays où le professionnel a pratiqué sa profession. Si le document a été délivré par voie électronique, prière de joindre également l'e-mail d'accompagnement.

Catégorie E4 – Médecin bénévole

Le médecin qui intervient de manière bénévole dans les établissements sanitaires doit être titulaire d'une autorisation de pratiquer. Si le médecin :

- **Est autorisé à pratiquer à titre indépendant, il doit uniquement annoncer son lieu d'exercice supplémentaire.**
 - **Est autorisé à titre dépendant sous propre responsabilité dans un autre établissement sanitaire ou n'a pas d'autorisation de pratiquer, un dossier complet est à remettre.**
- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
 - Curriculum vitae à jour ;
 - Copie du diplôme fédéral de médecin ou de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO ;
 - Copie du titre postgrade fédéral ou de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO ;
 - Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire ; si vous résidez depuis moins de 6 mois en Suisse, merci de fournir également le casier judiciaire de votre dernier pays de résidence ;
 - Certificat médical (datant de moins de 6 mois) attestant de l'aptitude physique et psychique à exercer la profession (formulaire officiel téléchargeable), établi par un médecin autorisé à pratiquer en Suisse ;
 - Si vous arrivez de l'étranger et que vous y avez pratiqué, fournir un certificat de situation professionnelle récent (moins de 3 mois) et original, délivré par l'Ordre National des médecins qui atteste que vous n'avez eu ni sanction disciplinaire ni retrait d'autorisation de pratiquer. Si le document a été délivré par voie électronique, prière de joindre également l'e-mail d'accompagnement.
 - Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
 - Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
 - Spécimen de signature ;
 - **Si moins de 3 ans ISFM**, demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin)

Un émolument de CHF 750.- est demandé pour cette autorisation.

Si le médecin est déjà au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans un autre canton :

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copies de toutes les autorisations de pratiquer délivrées par d'autres cantons ;
- Original ou copie certifiée conforme des attestations récentes (3 mois au plus) de bonne conduite (« certificate of good standing », attestant la validité de l'autorisation et l'absence de mesures administratives ou disciplinaires/des procédures en cours visant une telle mesure) établies par les autorités des cantons vous ayant délivré une autorisation de pratique ;
- Certificat(s) de travail ;
- Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
- Spécimen de signature ;
- **Si moins de 3 ans ISFM**, demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin)

Cette autorisation est gratuite (loi du 6 octobre 1995 sur le marché intérieur).

Catégorie E5 – Médecin avec diplôme et titre postgrade hors UE/AELE (non reconnaissable)

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie du diplôme de médecin (avec traduction certifiée conforme) ;
- Copie du titre postgrade (avec traduction certifiée conforme) ;
- Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire ; si vous résidez depuis moins de 6 mois en Suisse, merci de fournir également le casier judiciaire de votre dernier pays de résidence ;
- Certificat médical (datant de moins de 6 mois) attestant de l'aptitude physique et psychique à exercer la profession (formulaire officiel téléchargeable), établi par un médecin autorisé à pratiquer en Suisse (sauf si arrive directement de l'étranger) ;
- Pour les personnes arrivant directement de l'étranger : attestation de bonne conduite récente (datant de moins de 3 mois) et originale délivrée par l'autorité compétente (Ordre **National** des Médecins) du pays où le professionnel a pratiqué sa profession. Si le document a été délivré par voie électronique, prière de joindre également l'e-mail d'accompagnement.
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;

- Spécimen de signature ;
- Attestation de langue française (niveau B2 minimum exigé) ;
- Demande motivée prouvant que l'offre de soins médicaux est insuffisante selon les critères fixés par le département.

Un émolument de CHF 750.- est demandé pour cette autorisation.