



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

PLAN DE FORMATION

Médecin-assistant, chef de clinique adjoint
(CH, UE/AELE, hors UE/AELE)

Pour les médecins-assistants et chefs de clinique adjoints (diplôme fédéral de médecin, reconnaissance fédérale MEBEKO et diplômes non reconnaissables)
Loi sur la santé publique du 29 mai 1985, art. 93

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date du diplôme : _____

Pays d'octroi : _____

Service de formation postgraduée : _____

Responsable du service : _____

Formateur(s) direct(s) : _____

1. Nature de la formation

1.1 Fonction (un seul choix)

Médecin-assistant

Chef de clinique adjoint

Autres

1.2 Objectif de la formation

En vue de l'obtention du **titre de spécialiste ISFM/FMH**

En vue de l'obtention d'une expérience dans la spécialité

En vue de l'obtention d'une thèse doctorale

En vue d'effectuer une activité de recherche ou conduite de projet

Autre (à préciser) _____

1.3 Période de formation

La durée prévisible de la formation au sein du service mentionné ci-dessus est de _____
mois.

Celui-ci débute à la date suivante : _____ pour se terminer le
_____.

Les périodes se rapportant aux congés de maternité et d'allaitement prolongent d'autant la période de formation sauf avis contraire de l'intéressée.

Le médecin entame sa _____ année de formation.

2. Objectifs spécifiques

Les programmes de formation postgraduée et continue publiés par les sociétés des disciplines médicales avec titre de spécialiste, via l'ISFM/FMH, définissent le catalogue d'objectifs propres au cursus de formation de chaque spécialité.

2.1 Description de l'activité prévue pendant la période de formation au (nom de la structure) _____.

Liste des tâches :

-
-
-
-
-

2.2. Liste des objectifs de formation

-
-
-
-
-

Cette liste sert de base aux futurs entretiens d'évaluation.

Les soussignés certifient avoir pris connaissance des informations ci-dessus et déclarent y adhérer.

Lieu et date : _____

Signature du Directeur médical :

Signature du médecin en formation :
