SVUPP ASEPA ASEPP

Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der pädiatrischen Praxis

Associazione svizzera per l'écografia nella pratica pediatrica

Association suisse pour l'échographie en pédiatrie amulatoire

Passeport de formation continue

Point of care Sonographie

Pédiatrie Cabinet / Urgences / Ambulatoire

Informations

Cours

Pour obtenir l'attestation de formation complémentaire (AFC) "POCUS Pédiatrie Cabinet / Urgences / Ambulatoire", les cours suivants doivent être suivis :

Cours de base en échographie pédiatrique

- Est actuellement le même pour tous les FA (échographie pédiatrique, échographie de la hanche et POCUS). CAVE : les anciens cours sur la hanche ne sont pas reconnus.
- Le cours de base d'échographie abdominale pour adultes est considéré comme équivalent.
- Les examens supervisés ne peuvent être collectés qu'après avoir suivi le cours de base.

Cours POCUS

- Un cours de 2 jours peut être suivi après le cours de base.

Enquêtes

- Examen = résultats + images
- Supervision = examen direct avec le superviseur ou contrôle des images/vidéos en cas de résultats avancés
- Les supervisions peuvent également être obtenues via SVUPP

Exchange Quelles conditions doivent être remplies pour les examens

?

- 200 examens, dont 100 examens supervisés
- Aucun examen n'est effectué chez l'adulte
- Pas de conditions préalables sur le contenu par examen. Un mélange équilibré est recherché.

Certificat de capacité

Pour obtenir l'attestation de compétences proprement dite, il faut en faire la demande auprès de la SSUM. (Voir les dernières pages)

- Titre de spécialiste

Cours

Cours de base

Responsable du cours:in
Lieu, date
Heures de cours

Cours POCUS

Responsable du cours:in
Lieu, date
Heures de cours

Nom / Prénom : _____

Lieu, date : _____

Signature : _____

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Examens supervisés

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Examens supervisés

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Examens supervisés

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Examens supervisés

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Examens supervisés

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet médical / service des urgences / service ambulatoire Examens autonomes

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet médical / service des urgences / service ambulatoire Examens autonomes

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet médical / service des urgences / service ambulatoire Examens autonomes

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet médical / service des urgences / service ambulatoire Examens autonomes

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet médical / service des urgences / service ambulatoire Examens autonomes

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Certificat de capacité POCUS

Composante pédiatrique Cabinet / Urgences / Ambulatoire
Réserve Examens

No.	Date	Enquête	Constat principal / Intervention	Superviseur / tuteur / Responsable du cours	Signature

Demande de certificat de capacité POCUS

Veuillez noter que nous avons impérativement besoin des documents suivants pour traiter votre demande :

Documents disponibles :

Oui	Non	1. confirmations
□	□	Confirmation de votre affiliation à la FMH
□	□	Titre fédéral de spécialiste ou titre de spécialiste étranger reconnu
□	□	Pour les non-Suisses : attestation de reconnaissance de votre diplôme fédéral. titre de spécialiste étranger reconnu (Office fédéral de la santé publique)
□	□	Chez le spécialiste en médecine générale d'Allemagne, la confirmation avoir suivi une formation postgraduée de 5 ans en médecine générale
		2. formation/perfectionnement en échographie
□	□	Passeport de formation avec preuve des cours suivis (cours de base min. 15h, cours POCUS 17h)
□	□	Confirmation de 200 échographies, dont 100 sous supervision.
□	□	Formulaire officiel de demande de certificat de capacité dûment rempli Sonographie

En cas d'absence de documents, votre dossier vous sera retourné avec la demande de le compléter. Vous trouverez de plus amples informations sur notre site Internet sous www.sgum-ssum.ch, rubrique Education/FA "Programme d'aptitudes". Vous pouvez obtenir de plus amples informations ainsi que les annonces de cours auprès de la section pédiatrique de l'ASPC (www.svupp.ch).

Conformément au formulaire de formation continue ci-joint, je remplis les conditions pour l'obtention du certificat de capacité.

Je confirme avoir répondu aux questions de manière conforme à la vérité et suis prêt(e) à tenir à disposition, sur demande, les échographies documentées pour contrôle.

Intéressé(e) par une activité de formateur/d'animateur de cours ? □ Oui □ Non

Nom, prénom :_____

Lieu et date : _____ Signature : _____

Demande

☐ **Obtention du certificat de capacité POCUS :**

Composante 9 Pédiatrie Cabinet / Urgences / Ambulatoire

☐ **Admission à la SSUM et à la/aux section(s) :**

☐ ICAN ☐ Médecine interne générale * ☐ Pédiatrie
☐ Cœur ☐ Appareil locomoteur * ☐ Vaisseaux *
☐ Thorax ☐ Je renonce à l'affiliation à la SSUM

Données personnelles

Nom : Prénom :

Numéro de GLN : Date de naissance :

E-mail (obligatoire) : Titre: Dr.

Titre de spécialiste: depuis (année) :

Hôpital/cabinet médical :

Adresse :

CODE POSTAL : Lieu :

Téléphone :

Privé :

Adresse :

CODE POSTAL : Lieu :

Téléphone / Mobile :

Conditions préalables :

☐ Les bases de l'échographie
☐ Cours de base de la composante correspondante selon le programme de compétences
☐ Nombre d'examens par ultrasons effectués selon le programme de formation continue ☐ en plus du nombre requis d'examens effectués de manière autonome

** Adhésion possible uniquement en tant que titulaire de l'attestation de formation complémentaire en échographie du module correspondant*

L'attestation du tuteur/responsable de cours FA POCUS

Date : Nom :

Prénom :

☐

Je confirme par la présente que le demandeur / la demanderesse remplit les objectifs d'apprentissage de cette composante.

Signature du tuteur/responsable de cours Composant :

Explication :

Je remplis toutes les conditions pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire POCUS de la composante correspondante. Les copies des cours suivis sont jointes, ainsi que la confirmation des échographies supervisées. Je suis prêt(e) à tenir à disposition, sur demande, mes propres échographies documentées à des fins de contrôle.

Date: Signature du demandeur/de la demandeuse :

Déposer une demande :

Veuillez signer la demande et l'envoyer avec les documents mentionnés ci-dessus et le journal de bord rempli à l'adresse suivante :

ASPEP Association suisse d'ultrasons en pédiatrie Manuela Honegger
13, rue du Marché
4900 Langenthal