



Formulaire de candidature au programme de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS ou de médecine d'urgence hospitalière SSMUS

Nom et prénom du candidat/e : _____

Attestation de formation visée :

Médecin d'urgence

Médecine d'urgence hospitalière

FMH

Titre FMH : oui non

Si oui : Spécialité :

Date d'obtention : (copie à annexer)

Si non : Type de spécialité visée :

Manque à l'obtention du titre :

Date d'obtention présumée :

Affiliation à la FMH : oui non

Formation post-graduée

Médecine interne : oui non

Etablissement				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Chirurgie : oui non

Etablissement				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Anesthésie : oui non

Etablissement				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Service d'urgence : oui non

Etablissement				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Médecine pré-hospitalière : oui non

Etablissement				
Type (SMUR, REGA, ...)				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Soins intensifs : oui non

Etablissement				
Durée				
Dates				
Fonction (MA, CDC)				

Autre(s) type(s) de formation post-graduée : _____

Cours de médecine d'urgence et de catastrophe effectués :

<input type="checkbox"/> ACLS	Date :	Lieu :
<input type="checkbox"/> ATLS	Date :	Lieu :
<input type="checkbox"/> PALS	Date :	Lieu :
<input type="checkbox"/> Médecin d'urgence SMUSS	Date :	Lieu :
<input type="checkbox"/> CEFOCA	Date :	Lieu :
<input type="checkbox"/> Autre	Date :	Lieu :

Seriez-vous intéressé/e à effectuer une année à l'étranger ? oui non

Lieu et date :

Signature :