

## **Protocole d'évaluation pour le CAT d'ERCP (formulaire 1)**

(A ne pas utiliser pour les demandes relatives aux dispositions transitoires)

---

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Période du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Formation post-graduée du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Fonction (assistant, chef de clinique, etc.) : \_\_\_\_\_

Lieux de formation: \_\_\_\_\_

Méd.-Chef: \_\_\_\_\_

Titre FMH médecine-interne, quand? \_\_\_\_\_

Membre de la SSG/SSG

FMH N° membre \_\_\_\_\_

EAN N° \_\_\_\_\_

N° concordat \_\_\_\_\_

**I. Gestes effectués par le candidat**

	Nombre		
	Année .....	Année .....	Année .....
<i>ERCP (total min. 100)</i>			
<i>Papillotomie (total min.50)</i>			
<i>Extraction de calcul (total min. 25)</i>			
<i>Drainage (total min. 25):</i> <i>- Metall-Stents auto-expansives</i> <i>- Endoprothèses en plastique</i> <i>- Pig-Tail-Catheter</i> <i>- Drain naso-biliaire</i>			
<i>Autres gestes:</i>			

Candidat (e) (lieu, date, signature)

Méd.-Chef (lieu, date, signature)

Prière de joindre la liste des examens effectués lors de la formation (formulaire 4).

Adresser à : Prof. Gian Dorta, Service de gastro-entérologie, CHUV 1011 Lausanne,  
T +41 21 314 06 80, Fax +41 21 314 07 07, e-mail : gian.dorta@chuv.ch