



**Attestation de formation complémentaire en cholangiographie rétrograde
Dispositions transitoires (formulaire 3)**

Nom	Prénom	Date de naissance
Rue	Lieu	
Tél	Fax	e-mail
No FMH	No EAN	No Concordat
Membre SGGSSG	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Titre FMH: Gastro-entérologie <input type="checkbox"/>	Médecine interne <input type="checkbox"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/>
Date		
# de cholangiographies rétrogrades effectuées lors des deux dernières années (au moins 50)*	
Activité indépendante en cholangiographie rétrograde (au moins 2 ans)	
# total des cholangiographies rétrogrades effectuées (au moins 100)	
# papillotomies accomplies (au moins 50)	
# extractions de calculs (au moins 25)	
# de drainages des voies biliaires/pancréatiques (au moins 25)	

Prière de joindre le formulaire 4 avec toutes les ERCP effectuées en 2004 et 2005.

Lieu, date, signature, timbre du cabinet

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.