

Protocole d'évaluation pour le CAT de Gastroscopie (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.