

FORMULAIRE DE PRE-INSCRIPTION POUR ETRE CLINICIEN-NE ENSEIGNANT-E EN CABINET MEDICAL (CEC)

INFORMATIONS PERSONNELLES (les informations qui seront mises à disposition des étudiant-es sont indiquées avec un *)

Nom*	
Prénom*	
Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	
Adresse du cabinet (Rue, no.)*	
Adresse du cabinet (C.P. Ville)*	
Téléphone du cabinet*	
Téléphone mobile	
E-mail professionnel*	

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Titre(s) de spécialiste* (cocher ce qui convient)	<input type="checkbox"/> Médecine interne générale <input type="checkbox"/> Pédiatrie Autre diplôme : Autres formations AFC :
Lieu de la délivrance du titre de spécialiste	
Année d'obtention du titre de spécialiste	
Année d'installation en cabinet (AAAA)	
Je suis installé-e en*	<input type="checkbox"/> Cabinet individuel <input type="checkbox"/> Cabinet de groupe Autres :

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Je propose une consultation à plein temps (et assure l'occupation à 100% de l'étudiant-e durant la semaine) dont au moins 60% de consultations en médecine de premier recours / médecine de famille^{1 2}	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je travaille à temps partiel et vais m'associer avec un-e collègue médecine de premier recours / médecine de famille²	Nom du-des collègues : <input type="checkbox"/> N'ai pas encore de partenaire (N.B. : La-le collègue doit aussi remplir un formulaire de pré-inscription séparé)
J'ai une activité de consultation mixte*	<input type="checkbox"/> Acupuncture <input type="checkbox"/> Addictions <input type="checkbox"/> Homéopathie <input type="checkbox"/> Endocrinologie <input type="checkbox"/> Médecine manuelle <input type="checkbox"/> Rhumatologie Autres :
Caractéristiques de ma consultation permettant à l'étudiant-e de connaître les spécificités de ma pratique* <i>Merci de préciser si vous avez une formation particulière (par exemple Balint, entretien motivationnel, médecine psychosomatique)</i>	<input type="checkbox"/> Consultation psycho-sociale <input type="checkbox"/> Laboratoire Rx <input type="checkbox"/> Petite chirurgie <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Visites en EMS Autres : Langue(s) parlée(s) lors de la consultation :

¹ Médecine de premier recours (MPR) Médecine de famille (MF) = médecine interne générale ambulatoire ou pédiatrie ambulatoire

² Cette rubrique ne concerne que le stage pour les étudiant-es de 6^{ème} année (stage d'un mois en cabinet médical)

STAGES

Voici un bref descriptif des différents stages organisés en cabinet médical

Stage	Brève description	Géré par
Stage 2BA (2 ^{ème} année) ECP	Supervision pendant 4 demi-journées entre novembre et mars	IuMFE
Stage AMC MPR (4-5 ^{ème})	Supervision de 2 étudiant-es entre 1 et 4 demi-journées	DMF
Stage AMC pédiatrie (4-5 ^{ème})	Supervision pendant 10 demi-journées	SMPR
Stage 3MA (6 ^{ème} année)	Supervision pendant	DFEA
	Supervision pendant 1 mois entre juin et avril	IuMFE / DMF

<p>Je souhaite accueillir (cocher ce qui convient)</p>	<input type="checkbox"/> des étudiant-es du Bachelor (1 ^{ère} à 3 ^{ème} année) <input type="checkbox"/> des étudiant-es du Master (4 ^{ème} à 6 ^{ème} année) <input type="checkbox"/> des médecins assistant-es en cabinet (postgrade) Spécifier quel enseignement :
<p>J'ai déjà accueilli dans mon cabinet médical (cocher ce qui convient)</p>	<input type="checkbox"/> des étudiant-es du Bachelor (1 ^{ère} à 3 ^{ème} année) <input type="checkbox"/> des étudiant-es du Master (4 ^{ème} à 6 ^{ème} année) <input type="checkbox"/> des médecins assistant-es en cabinet (postgrade) Spécifier quel enseignement :
<p>J'ai déjà suivi les formations pédagogiques (cocher ce qui convient)</p>	<p>Formation de base obligatoire :</p> <input type="checkbox"/> Formation de base à Genève, Lausanne ou Yverdon Formation de base donnée par une autre Faculté suisse (à préciser) : <p>Autres formations pédagogiques :</p> <input type="checkbox"/> Cours d'introduction pour maître de stage de la FMF (Crêt-Bérard) Autres :

Lieu _____, le _____

Complétez ce document et retournez-le par mail ou courrier. Nous vous contacterons dès que possible pour donner suite à votre demande

Si vous êtes installé-e dans les cantons de Genève, Valais ou Jura à l'**Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance** : iufme@unige.ch ou IuMFE, Rue Michel-Servet 1, 1211 Genève 4

Si vous êtes installée dans les cantons de Vaud, Neuchâtel, Fribourg ou Tessin au **Département de médecine de famille**: dmf.info@unisante.ch ou Unisanté - DMF, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne