



## **Certificat de psychiatrie interventionnelle - Formulaire de demande de recertification**

*Les performances théoriques et pratiques doivent être démontrées. Selon le point 7 du règlement de la SIWF, les conditions suivantes doivent être remplies:*

**Théorie** : Au moins 50 crédits de formation théorique spécialisée doivent être attestés. Les travaux scientifiques dans le domaine de la psychiatrie interventionnelle peuvent être reconnus pour un maximum de 16 crédits de formation théorique spécialisée.

**Pratique** : Preuve d'au moins 30 indications et 300 traitements sur au moins 20 patients différents (ECT ou rTMS) Formation pratique.

**Titre**

**Nom de famille**

**Prenom**

**Numéro de member FMH**

**Numéro GLN**

**Institution/Pratique**

**Adresse de l'institution/du pratique**

**Téléphone privé**

**Téléphone professionnel**

**Adresse E-Mail**

**Membre SGIP-SSPI**  **oui**  **no**

**Membre SGPP-SSPP**  **oui**  **no**



## Preuve d'expérience pratique

### Périodes d'activité

*Il incombe au titulaire du certificat de compétence de demander le renouvellement de son certificat en temps utile.*

Le certificat d'aptitude est valable 5 ans à compter de la date de délivrance. À la fin de cette période, la licence doit être recertifiée. Dans le cas contraire, la licence expire.

**Date à laquelle le dernier certificat valide a été délivré :** \_\_\_\_\_

Le certificat d'aptitude expire à la fin de la sixième année suivant la dernière certification.

*Une interruption de l'activité de PI pour certaines raisons (maladie, absence à l'étranger, maternité, activité non clinique, etc.) permet de prolonger la période de formation de la durée de l'interruption. Les conditions de recertification après plus de 6 ans sont décidées au cas par cas par la commission de formation continue de la SGIP-SSPI.*

<b>Dans quelle institution / cabinet avez-vous travaillé avec la propriété intellectuelle?</b>	<i>EXEMPLE: Clinique Sunshine</i>			
<b>Terre</b>	<i>Suisse</i>			
<b>à partir de</b>	<i>Julliet 2019</i>			
<b>Jusque à</b>	<i>Juin 2024</i>			
<b>Durée totale</b>	<i>5 Années 0 Mois</i>			

Description informelle de toutes les extensions: \_\_\_\_\_



*La demande de recertification est introduite séparément pour chaque méthode. Un certificat n'est alors délivré que pour l'activité exercée. Si les deux méthodes doivent être recertifiées, une demande séparée doit être introduite pour chaque méthode.*

**Pour quelle méthode le nouveau certificat doit-il être délivré ?**

**rTMS**

**ECT**

Numéro Pat.	Initiales Pat.	Diagnostic (ICD 10)	Indication ? Oui/Non	Nombre de traitements rTMS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



<b>Nombre de patients traités (au moins 20) :</b>				
<b>Total des indications (au moins 30) :</b>				
<b>Total des traitements (min. 300) :</b>				

## Preuve de formation théorique complémentaire

Un total de 50 crédits de formation théorique dans le domaine de la psychiatrie interventionnelle doit être reconnu, dont 16 peuvent être basés sur des travaux scientifiques.

Événement	Lieu	Date	Nombre de crédits
<b>Total des crédits</b>			



La preuve d'un travail actif propre dans la recherche dans le domaine de la stimulation cérébrale / modulation cérébrale (par exemple, emploi dans un laboratoire scientifique, auteur de publications) peut être reconnue avec jusqu'à 16 crédits pour la formation théorique générale complémentaire. Une publication (travail original, travail de révision, méta-analyse) dans une revue internationale à comité de lecture est reconnue avec 8 crédits pour le premier ou le dernier auteur et avec 2 crédits pour les co-auteurs.

<b>Publications dans le domaine maximum (16 crédits)</b>
1)
2)
3)
4)

### **Remarques**

Je confirme par ma signature que je respecte les normes de qualité et de sécurité applicables.

Dans le cas de services rendus à l'étranger, la preuve doit être apportée que les critères requis ont été respectés.

### **Explication:**

Je confirme que toutes les informations saisies sont correctes. Je m'engage à payer tous les frais.

Lieu, Date

Signature