Expertise d'une demande de certificat de capacité en médecine du sommeil (SGSSC)

Demandeur Prénom Nom E-Mail: your@mail.address

Adresse n° membre Numéro

Adresse n° GLN Numéro

CP/lieu Date de naissance Date

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Exigences selon les directives de la SSSSC du 1 juillet 2019 | soumis | vérifiéSecrétariat | vérifiéCommission |
| 1. titre de spécialiste (pour les titres étrangers, lettre de MEBEKO) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1a. Pour la FMH neurologie, certificat de capacité pour l'électroencéphalographie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1b. Pour FMH Pneumologie Certificat pour polygraphies réspiratoires  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1c. Pour la psychiatrie FMH Certificat de procédure de psychothérapie pour la médecine du sommeil | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2. Membre de la SSSSC  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3. Attestation de formation postgraduée en médecine du sommeil | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3a. Pour les FMH autres titres de spécialiste 24 mois, dont au moins 12 mois dans un centre de formation postgraduée de catégorie A | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3b. Pour les FMH neurologie, pneumologie, psychiatrie (resp. pédiatrie) 6 mois, dont au moins 3 mois dans un centre de formation postgraduée de catégorie A | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4. Réalisation d'un nombre minimal d'examens selon logbook (à joindre)  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4a. 5 Polysomnographies pratiques  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4b. 30 Polysomnographies evaluées et documentées  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4c. 10 Polygraphies respiratoires | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4d. 15 Tests de vigilance (MSLT, MWT, simulateur de conduite, etc.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4e. 10 Actigraphies | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4f. 10 Adaptations CPAP | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4g. 5 Heures de procédures psychothérapeutiques basées sur des preuves pour les troubles du sommeil | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5. Évaluation et traitement de 50 "patients souffrant de troubles du sommeil". De 5 groupes de patients différents selon l'ICSD (Gr.1A-C, 2A-D, 3A-C,4) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6. Certificat du directeur de l'établissement de formationNom du centre: Nom / du directeur: Nom directeur  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7. Formation continue théorique en médecine du sommeil d'au moins 10 crédits selon la RFC dans des formations continues reconnues par la SSMSC au cours de l'année précédant la demande. La moitié des crédits peut être validée par une publication en tant que premier ou dernier auteur (joindre l'article). | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8. L'examen réussi de European Society of Sleep Research (ESRS) Examination in Sleep Medicine. | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Les exigences pour l’obtention du certificat de capacité sont [ ]  remplies [ ]  non-remplies

# Les membres de la commission Date Signature

Prof. Dr. R. Khatami, Neurologie (Président de la commission) Date

Dr. A.-K. Brill, Pneumologie Date

Dr. Th. Mikoteit, Psychiatrie Date

Le certificat de capacité a été délivré et notifié au demandeur. [ ]

Les documents sont incomplets et ont été retournés au demandeur pour être complétés. [ ]

Président de la SSSSC, Prof. Dr. med. R. Heinzer Date d'acquisition Signature

 Datum

Copie au demandeur