

## **Demande de reconnaissance comme centre de formation post-graduée en médecine du sport SSMS**

### **Généralités:**

Nom du cabinet:	Propriétaire:
Rue / n°:	NPA/Lieu:
N° tél.:	N° Fax:
N° mobile:	E-mail:
Site web:	

### **Directeur de l'établissement:**

Nom:	Prénom:
Titre acad.:	NPA/Lieu:
Titre spéc. FMH / depuis:	Certificat de capacité en médecine du sport depuis:
Autres diplômes:	Activités sportives personnelles:
Activités dans fédérations sportives / depuis :	Activités dans clubs/associations de sport / depuis :
Motivation pour le travail d'enseignant:	

### **Autres médecins dans l'établissement**

Nom/Prénom:	Titre spéc. FMH / depuis:
Certificat de capacité en médecine du sport depuis:	Autres diplômes:
Activités dans fédérations sportives / depuis:	Activités dans clubs/associations de sport / depuis:

### **Infrastructure**

Grandeur du cabinet en m2:	Nombre de salles de consultation:
Laboratoire (brève description):	Radiographie:
Ultra-son:	ECG d'effort:
Diagnostic de performance endurance/force (quels protocols?):	
Autres?	

### **Orientation du cabinet / patients**

Orientation principale du cabinet:	Pourcentage d'activités médicaux sportives:
Quelles disciplines sportives sont représentées?	Activité médicale à des manifestations sportives? Lesquelles?
Collaboration dans le domaine d'imagerie (MRI/CT (brève description))?	
Collaboration avec des physiothérapeutes (brève description)?	
Collaboration avec des diététistes spécialisés (brève description)?	
Collaboration pour le diagnostic de performance (brève description)?	

### **Enseignant/Avantages et désavantages de l'établissement?**

Quelles formes d'enseignant sont prévues? Fréquence? Durée?
Avantages de l'établissement?
Désavantages de l'établissement?
Remarques additionnels éventuels?