

# QUESTIONNAIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE DE QUALIFICATION DE SPÉCIALISTE

- DEMANDE DE QUALIFICATION

EN : .....

- DOSSIER DÉPOSÉ PAR LE DOCTEUR :

.....

- DOSSIER TRANSMIS PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL

DE : .....

## ATTENTION / AVANT PROPOS

- Si votre demande de qualification est chirurgicale, veuillez joindre à votre dossier une liste détaillée des différentes interventions que vous pratiquez depuis les trois dernières années (comptes-rendus opératoires). N.B. : Cette liste devra être authentifiée par le Président de la C.M.E. ou par le Directeur de l'Etablissement dans lequel vous exercez vos fonctions.
- Ne pas joindre à votre dossier des cassettes, diapositives, exemplaire de thèse...
- Joindre à votre demande les photocopies des certificats et attestations correspondant à votre formation et à votre activité.
- La présence du candidat est fortement conseillée.
- Les attestations et recommandations doivent être envoyées sous plis scellés par les signataires.

# ETAT - CIVIL

○ NOM : .....

○ NOM DE NAISSANCE (ou de jeune fille) : .....

○ PRÉNOMS : .....

○ ADRESSE PERSONNELLES : .....  
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

.....  
.....  
.....

○ ADRESSE PROFESSIONNELLE ET COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES/TÉLÉCOPIE/MAIL : .....  
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

.....  
.....  
.....

○ DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

.....

○ NATIONALITÉ :

.....

# CURSUS DE FORMATION

En quelle année avez-vous commencé vos études médicales ? :

.....

Diplôme de doctorat en médecine :

Etablissement d'origine du diplôme ? : .....

Ville : .....

Pays : .....

Date : .....

Thèse : .....

Date et lieu : .....

Titre : .....

.....

Etes-vous titulaire de :

Spécialité  Discipline : ..... Date : .....

D.E.S.  Discipline : ..... Date : .....

D.E.S.C. groupe I  Discipline : ..... Date : .....

D.E.S.C. groupe II  Discipline : ..... Date : .....

D.I.S.  Discipline : ..... Date : .....

CAPACITÉ  Discipline : ..... Date : .....

C.E.S.  Discipline : ..... Date : .....

# FORMATION UNIVERSITAIRE

## INTERNE NOMMÉ AU CONCOURS

Date et lieu de la spécialité : .....

| MOIS<br>ET ANNÉE | HÔPITAL ET SERVICE DE<br>(Précisez la discipline) | NOM<br>DU CHEF DE SERVICE | DURÉE DES<br>FONCTIONS |
|------------------|---|---------------------------|------------------------|
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |

## FAISANT FONCTION D'INTERNE

(ou stage de la spécialité)

| MOIS<br>ET ANNÉE | HÔPITAL ET SERVICE DE<br>(Précisez la discipline) | NOM<br>DU CHEF DE SERVICE | DURÉE DES<br>FONCTIONS |
|------------------|---|---------------------------|------------------------|
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |

## CHEF DE CLINIQUE-ASSISTANT DES HÔPITAUX

(ou assistant spécialiste)

| MOIS<br>ET ANNÉE | HÔPITAL ET SERVICE DE<br>(Précisez la discipline) | NOM<br>DU CHEF DE SERVICE | DURÉE DES<br>FONCTIONS |
|------------------|---|---------------------------|------------------------|
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |
| de<br>à          |   |                           |                        |

# A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

(à détailler dans le curriculum vitae)

## 1./ BILAN PROFESSIONNEL

- Diplômes actuels dans la spécialité

.....  
.....  
.....  
.....

- Domaine de votre activité

.....  
.....  
.....  
.....

- Volume d'activité

.....  
.....  
.....  
.....

- Responsabilité au sein de l'équipe médicale
- Participation à la garde et aux urgences / permanence des soins / médecin traitant
- Participation à des décisions collégiales (RCP, Staff, ...)

.....  
.....  
.....  
.....

- Diplômes universitaires

.....  
.....  
.....  
.....

- Développement professionnel continu

.....  
.....  
.....  
.....

## 2./ POUVEZ-VOUS JUSTIFIER :

- Travaux, publications et activités de recherche
- Enseignements en France et/ou à l'Etranger
- Appartenance à une ou des sociétés savantes
- Congrès internationaux

# EXERCICE PROFESSIONNEL

## FONCTIONS HOSPITALIÈRES

Temps plein

Temps partiel

| DATES   | HÔPITAL ET SERVICE DE<br>(Précisez la discipline) | EN QUALITÉ DE<br>(Attaché, Assistant hospitalier, P.H.,<br>Chef de Service...) | NOMBRE<br>DE VACATIONS |
|---------|---|--|------------------------|
| de<br>à |   |  |                        |
| de<br>à |   |  |                        |
| de<br>à |   |  |                        |
| de<br>à |   |  |                        |
| de<br>à |   |  |                        |
| de<br>à |   |  |                        |

## FONCTIONS A TITRE LIBÉRAL

Temps plein

Temps partiel

| DATES   | NOM ET ADRESSE<br>DE L'ÉTABLISSEMENT | INSTALLATION<br>EN CABINET (ADRESSE) |
|---------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| de<br>à |                                      |                                      |
| de<br>à |                                      |                                      |
| de<br>à |                                      |                                      |
| de<br>à |                                      |                                      |

## FONCTIONS SALARIÉES

Temps plein

Temps partiel

| DATES   | NOM ET ADRESSE<br>DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR | NATURE<br>DES ACTIVITÉS |
|---------|--|-------------------------|
| de<br>à |  |                         |
| de<br>à |  |                         |
| de<br>à |  |                         |
| de<br>à |  |                         |



## Textes officiels :

### **Article L. 632-12 du Code de l'éducation**

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste ;

### **Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste**

Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue.

L'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1<sup>er</sup>, relève de la compétence de l'ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui.

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.

La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

### **Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins**

#### **Droits d'accès aux informations :**

Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés



### **Conseil National de l'Ordre des Médecins**

180, Boulevard Haussmann - 75389 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 53 89 32 00 - Fax : 01 53 89 32 01