



AFC ERCP : protocole d'évaluation (Formulaire 1)

Nom	
Prénom	
Rue	
NPA / Lieu	
Email	
Date de naissance	
Période de formation du / au	
Fonction	
Lieu de formation	
Méd. Chef	
Titre de spécialiste + Date	
Membre SSGSGG	OUI NON
GLN	
AFC Radioprotection en gas- troentérologie (SSG) svp joindre copie du certificat au dossier	OUI NON

I. Gestes effectués par la candidate / le candidat

	Nombre		
	Année	Année	Année
ERCP (total min. 100)			
- Dont avec papillotomie (total min. 50)			
Extraction de calcul (total min. 25)			
Drainage (total min. 25), dont:			
- Metall-Stents auto-expansives			
- Endoprothèses en plastique			
- Pig-Tail-cathéter			
- sondes nasobiliaires			
Autres gestes:			

Lieu, Date	
Signature Candidat-e	
Lieu, Date	
Signature Méd.-Chef	

SVP joindre la liste des examens effectués lors de la formation (formulaire 4).

Envoyer à:

Secrétariat SSG
c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Bern
office@sqqssg.ch