



## CONSEIL DEPARTEMENTAL

de la Seine Saint Denis

### QUALIFICATION DE SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE

#### ETAT-CIVIL :

○ NOM : ..... ○ NOM DE NAISSANCE : .....

○ PRENOMS : .....

○ ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

○ ADRESSE PROFESSIONNELLE, TELEPHONE/TELECOPIE/MAIL :

(En cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil Départemental)

.....

.....

○ DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

○ NATIONALITE : .....

#### CURSUS DE FORMATION :

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

○ Date du diplôme de doctorat en médecine (thèse) ? : .....

○ Titre de votre thèse ? : .....

○ Faculté d'origine du diplôme : - Ville : ..... - Pays : .....

#### EXERCICE EFFECTIF DE LA MEDECINE GENERALE :

○ Temps complet : ..... ○ Temps Partiel : .....

○ Autre activité professionnelle : .....

#### LIEU D'EXERCICE :

○ Principal : .....

○ Secondaire : .....

#### STATUT D'EXERCICE :

○ Libéral : ..... ○ Public : .....

○ Salarié : ..... ○ Privé : .....



## ELEMENTS D'APPRECIATION DE L'EXERCICE DE LA MG :

*Cette liste d'éléments, de caractère indicatif, ne doit pas être nécessairement satisfaite en entier, mais il est indispensable que le Conseil Départemental ait une connaissance exacte de votre dossier pour prononcer une qualification.*

### - Mode d'exercice :

- Temps plein :.....○ Remplaçant:..... ○ Collaborateur libéral :.....
- Temps partiel :.....○ Retraité remplaçant : ..... ○ Collaborateur salarié :.....
- Autre activité professionnelle :.....

### - Participation volontaire à la Permanence Des Soins :

- Gardes :.....○ Centre de régulation médicale : .....

### - Formation Médicale Continue en Médecine Générale :

.....

### - Avez-vous adhéré à un processus d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ?:

.....

### - Participez-vous à des réseaux de soins en MG ou à des équipes de soins des groupes de population nécessitant des besoins de santé spécifiques ? :

- Personnes âgées :.....○ Enfants :..... ○ Toxicomanie :.....
- Nutrition : .....○ Prison :..... ○ Samu Social :.....
- Autres (préciser) :.....

### - Fonction d'enseignant en Médecine Générale :

- Maître de stage :.....○ Universitaires :..... ○ Autres :.....

### - Nombre de patients vous ayant désigné comme médecin traitant :

.....

### - Etude du profil d'activité pour les salariés ou du TSAP ou SNIR pour les libéraux (ces pièces ne sont à joindre qu'à la demande expresse de la Commission de Qualification) :

.....

**Merci de joindre à cette demande un exemplaire de vos ordonnances.**

Merci de confirmer ces éléments déclaratifs par la formule suivante :

**« Je soussigné, certifie sur l'honneur les déclarations ci-dessus ».**

.....

Date et signature : .....