

**Demande d'attestation de formation complémentaire**  
**Traitement interventionnel de la douleur (SSIPM)**  
*(remplir si les dispositions transitoires ne sont pas remplies)*

**Frais:** membre SSIPM: CHF 500.00 / non-membre: CHF 1000.00

**Adresse privée:**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Titre: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
NPA/lieu: \_\_\_\_\_  
Tél.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adresse professionnelle:**

Cabinet/Institut/Hôpital: \_\_\_\_\_  
Fonction: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
NPA/lieu: \_\_\_\_\_  
  
Tél.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
  
E-Mail: \_\_\_\_\_

*(suite page 2)*

## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES DE FORMATION

Titre de spécialiste: \_\_\_\_\_

Membre de la FMH            oui  No de membre \_\_\_\_\_ non

Cours de radioprotection    oui  (joindre copie de l'attestation)            non

### **PREUVE DES COMPETENCES ACQUISES SELON POINT 3**

- Je confirme avoir acquis les compétences selon 3.1.            oui             non

- J'ai suivi la formation générale en thérapie de la douleur  
selon 3.2.            oui\*             non

- J'ai effectué les interventions sous surveillance avec un  
détenteur du CA SSIPM selon 3.2.            oui\*\*             non

- Je peux prouver avoir effectué au moins 6 des inter-  
ventions exigées sous 3.3 document à l'appui.            oui\*\*\*             non

#### **Attention:**

\* Joindre un certificat du responsable de formation ou une attestation de formation.

\*\* A être certifié par le responsable de formation.

\*\*\* La commission se réserve le droit de demander la documentation complète.

Lieu/date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

#### **Envoyer la demande en y joignant les documents exigés à:**

Office SSIPM

15, avenue des Planches

CH-1820 Montreux

T 021 963 21 39, F 021 963 21 49, [office@cpconsulting.ch](mailto:office@cpconsulting.ch), [www.ssipm.ch](http://www.ssipm.ch)