



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT.BE

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)

**Chambre d'expression française de la commission d'agrément en
CARDIOLOGIE**

Cellule Professions des Soins de Santé Universitaires

Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

Centre de Contact : 02/690.89.40 – agreementsante@cfwb.be

CARNET DE STAGE CARDIOLOGIE

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Chambre d'expression française de la commission d'agrément en
CARDIOLOGIE
Cellule Professions des Soins de Santé Universitaires
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

Prénom + nom :

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.

Date :

Signature :

Maître(s) de stage de l'année

Nom	Début	Fin	Signature (I)

Maître de stage de l'ensemble de la formation

Nom

Signature

(1) signer à la fin de chaque stage.

NOM et PRENOM :

..... année de stage

	1er semestre	2ème semestre	TOTAL
1. Médecin d'une unité hospitalière :			
Nombre de semaines :			
Nombre de lits :			
2. Consultation en :			
Nombre de malades examinés avec supervision :			
3. Gardes de nuit (nombre) :			
4. Gardes de week-end (nombre) :			
5. Rapports médicaux rédigés et contrôlés par un médecin spécialiste responsable (nombre) :			

Signature du (des) maître(s) de stage,

NOM et PRENOM :

..... année de stage

	1er semestre	2ème semestre	TOTAL
6. Prestations techniques : (*)			

(*) : Premier nombre : nombre de prestations effectuées sous le contrôle d'un spécialiste.
Deuxième nombre : assistance à des prestations effectuées par des spécialistes.

Signature du (des) maître(s) de stage,

NOM et PRENOM :

..... année de stage

	1er semestre	2ème semestre	TOTAL
7. <u>Discussions de groupe :</u> Discipline :			
8. <u>Assistance à des interventions chirurgicales :</u>			
9. <u>Assistance à des autopsies :</u>			
10. <u>Participation aux séminaires</u> et réunions d'étude dans ou en dehors de l'hôpital :			
- <u>active</u> (date, lieu et titre) : (*)			
- <u>passive</u> (date, lieu et titre) : (*)			
11. <u>Participation aux congrès</u> et symposiums :			
- <u>active</u> (date, lieu et titre) : (*)			
- <u>passive</u> (date, lieu et titre) : (*)			
12. <u>Publications scientifiques :</u> (*)			
13. <u>Membre d'une société :</u>			
14. <u>Cours postuniversitaire(s) suivi(s) :</u>			
15. <u>Travail scientifique :</u>			

(*) : Compléter ou détailler éventuellement en annexe (p. 5).

Signature du (des) maître(s) de stage,

DONNEES ADMINISTRATIVES

Carnet de stage reçu par l'Administration le

Carnet de stage soumis à la Commission d'agrément le

Avis de la Commission d'agrément ou du rapporteur désigné par celle-ci :

Signature :

Date :

