|  |
| --- |
| 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)  Direction de l’Agrément des prestataires de Soins de Santé  **Commission d'agrément en psychiatrie**  **Cellule Professions des Soins de Santé Universitaires**  Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles |
| Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agrementsante@cfwb.be](mailto:agrementsante@cfwb.be) |

CARNET DE STAGE

PSYCHIATRIE

* 1e année

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

Téléphone :

* 2e année
* 3e année
* 4e année
* 5e année
* 6e année
* … année

Ce carnet de stage doit être renvoyé à la fin de l'année de stage à l’Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles **au plus tard six mois après l'achèvement de l'année de stage** à l’adresse suivante :

Administration générale de l’Enseignement (AGE)

Direction générale de l’Enseignement non obligatoire et de la Recherche scientifique (DGENORS)

Direction de l’Agrément des Prestataires de Soins de Santé

**Commission d'agrément en psychiatrie**

**Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles**

Je, soussigné,…………………………………………………………, déclare que les informations contenus dans le présent formulaire sont exactes.

Date :

Signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maître(s) de stage de l’année** | | | |
| Nom | Début | Fin | Signature (à la fin de chaque stage) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Maître de stage coordinateur :

Nom Signature

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Formation dans le secteur hospitalier (complet ou partiel)

(Psychiatrie ? neurologie ? médecine interne ? pédiatrie ?)

Lieu (hôpital de jour ou de nuit) : ……………………………………

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Activités diagnostics (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Formation dans le secteur hospitalier de psychiatrie spécialisée

(psychiatrie de l’enfant, psychiatrie de l’adolescent, toxicomanie, psychosomatique, affections psychiatriques de longue durée, psychogériatrie, psychiatrie de liaison, centre de crise, …………………………………..)

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre de patients

Nouveaux : ……………………………… Revus : ……………………………………

Nombre de dossiers vérifiés par un médecin spécialiste agréé : ……………………….

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Gardes de nuit

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

* 1. Gardes de week-end

Lieu : ……………………………………………….

Responsable : …………………………………………………..

Nombre : ………………………

1. **Formation en neuropsychologie**

Nature de la prestation et nombre :

Sous la direction de : …………………………………

Ou assisté de : …………………………………

Responsable : …………………………………

1. **Formation dans le secteur extrahospitalier**
   1. Services de consultation sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste agréé

(Psychiatrie, neurologie, médecine interne, pédiatrie, pédopsychiatrie, sexologie, neurologie pédiatrique, …………………………………….)

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre d’heures : ……………

Activités de diagnostic (lesquelles ?)

Activités thérapeutiques (lesquelles ?)

* 1. Services extrahospitaliers

**Centre de Santé Mentale**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Adultes : …………… Adolescents : …………… Enfants : ……………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de jour**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de nuit**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Centre de réadaptation professionnelle**

Lieu : …………………………………

Responsable : …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

**Autres**

Lieu : …………………………………

Spécialistes responsables : ………………………………… ………………………………… …………………………………

Nombre de patients

Examinés : …………… traités : ……………

1. **Activités de formation**
   1. Cours de 3e cycle psychiatrique

Intitulés Nombre d’heures

* 1. Discussion de groupe ou réunions de synthèse à propos des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

* 1. Discussion avec des spécialistes responsables et/ou supervision individuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieux | Dates | Responsables |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre de patients par mois :

1. **Formation à la psychothérapie** 
   1. Cours et/ou séminaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre | Organisateur | Lieu et date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Supervision individuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Supervision en groupe

|  |  |
| --- | --- |
| Responsables | Dates |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Activités pratiques de formation

|  |  |
| --- | --- |
| Centre de formation | Orientation (psychanalytique ou d’inspiration psychanalytique, comportementale, systémique, familiale, rogérienne, phénoménologique, autres) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors du lieu de stage**
   1. Assistance

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Participation active

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Participation à des réunions de Sociétés Scientifiques**
   1. Nationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Internationales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu | Dates | Thèmes |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Communications et publications scientifiques**
2. **Autres**

**Récapitulatif des absences**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Année … | Année … |
| A |  |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |

A = Nombre de jours d’absence pour maladie \*

B = Nombre de jours d’absence pour congé de maternité \*

C = Nombre de jours de congés scientifiques \*

D = Nombre de jours d’absence pour congés de circonstance (mariage, décès, etc.)\*

E = journées de travail effectives (en service, tant les jours ouvrables que fériés)\*

F = Autres absences

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* = jours de travail (1 par journée pleine, 0,5 par demi-jour).

Le maître de stage Le maître de stage coordinateur

**EVALUATION DU CANDIDAT (texte libre)**

Date : Signature :

**EVALUATION DU MAITRE DE STAGE (texte libre)**

Date : Signature :

**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 :

Date et signature :