

## Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire

Selon le règlement du 1er juillet 2014

**La durée de 60-90 minutes (partie orale) doit être respecter selon le programme de formation postgraduée de l'ISFM . Des différences doivent être justifiées dans le procès-verbal.**

**Les rédacteurs/trices du procès-verbal d'examen sont responsables de la qualité des documents qui doivent contenir toutes les signatures nécessaires.**

---

Date de l'examen

---

Lieu de l'examen

### Candidate / Candidat

---

Nom

---

Prénom

---

Lieu de travail

.....  
.....  
.....

---

Fonction

.....

---

Adresse privée

.....  
.....  
.....

### Experts

---

Examinatrice / examinateur

---

Rédactrice / rédacteur PV

---

Médecin-chef/fe

---

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique  
opératoire**

Selon le règlement du 1er juillet 2014

**Intervention opératoire**

Genre de l'intervention opératoire

Nom de la candidate / du candidat:

Date: .....

	insuffisant	suffisant	bien
<b>Indication</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Examen préopératoire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mesures préopératoires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Connaissance de l'anatomie topographique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habilité opératoire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Connaissance et maîtrise des moyens techniques</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hémostase</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asepsie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mesures post-opératoires</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appréciation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques**

(en cas de résultat insuffisant, justification détaillée)

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire**

Selon le règlement du 1er juillet 2014

---

**Colloque de gynécologie et d'obstétrique**

---

Nom de la candidat e/ du candidat :

Date: .....

---

Durée : .....

---

	insuffisant	suffisant	bien
<b>Conduite de la discussion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Connaissances de base</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Savoir clinique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appréciation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Remarques**

(en cas de résultat insuffisant, justification détaillée)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire**  
Selon le règlement du 1er juillet 2014

---

**Présentation premier cas**

---

Cas choisi :

.....

Nom de la candidate / du candidat :

Date: .....

.....

Durée : .....

.....

	insuffisant	suffisant	bien
<b>Présentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic différentiel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thérapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques**

(en cas de résultat insuffisant, justification détaillée)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire**  
Selon le règlement du 1er juillet 2014

---

**Présentation deuxième cas**

---

Cas choisi :

.....

Nom de la candidate / du candidat :

Date: .....

Durée : .....

---

	insuffisant	suffisant	bien
<b>Présentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic différentiel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thérapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Remarques**

(en cas de résultat insuffisant, justification détaillée)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire**  
Selon le règlement du 1er juillet 2014

---

**Présentation troisième cas**

---

Cas choisi :

.....

Nom de la candidate / du candidat :

Date: .....

.....

Durée : .....

.....

	insuffisant	suffisant	bien
<b>Présentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic différentiel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thérapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prognostic</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Remarques**

(en cas de résultat insuffisant, justification détaillée)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Procès-verbal de l'examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique  
opératoire**

Selon le règlement du 1er juillet 2014

---

Nom de la candidate / du candidat :

Date: .....

---

**Remarque sur l'appréciation générale :**

**1 évaluation insuffisante = réussi**

**2 évaluations ou plus insuffisantes = échoué**

	échoué	réussi
<b>Appréciation générale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Visas**

---

Médecin-chef/fe

Signature

\_\_\_\_\_

Examinatrice / examinateur

.....

Signature

\_\_\_\_\_

Rédactrice / rédacteur PV

.....

Signature

\_\_\_\_\_

.....

Veillez faire parvenir le procès-verbal à:

Secrétariat SSGO  
Altenbergstrasse 29  
Case postale 686  
3000 Berne 8