

Date
 Participant
 Centre
 Project AGE3 (04.05.2016 - 16:17:18 (CEST))

Patient
 Form family Données médecin
 Form Données médecin

Données médecin

(04.05.2016 - 16:17:18 (CEST))

Date du remplissage dd.mm.yyyy

Date de naissance dd.mm.yyyy

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Année du diplôme de médecin yyyy

Titre de spécialiste
☐ Médecine générale, Médecine interne, ou Médecine interne générale (SSMG & SSMI)
☐ Médecin praticien
☐ Ni médecine interne générale ni médecin praticien

Année d'obtention du titre yyyy

Autre titre de spécialiste (si applicable)

Année d'obtention du titre yyyy

Formation approfondie ou complémentaire (au sens de la FMH)

Vous pratiquez la médecine de famille en cabinet depuis yyyy

Canton où vous exercez actuellement ☐ Berne ☐ Fribourg ☐ Genève ☐ Jura ☐ Neuchâtel ☐ Valais ☐ Vaud

Combien de médecins exercent au sein de ce cabinet ?

Combien d'heures par semaine travaillez-vous en tant que médecin de famille, en moyenne ?

Vous pratiquez la médecine de famille à un taux d'activité correspondant à au moins 50 % ☐ Oui ☐ Non

La médecine de famille est votre activité principale ☐ Oui ☐ Non

Vous exercez la médecine de famille en Suisse romande ☐ Oui ☐ Non

Vous souhaitez inclure douze patients de votre cabinet dans l'étude AGE3 ☐ Oui ☐ Non

Vous avez participé à l'étude AGE2 ☐ Oui ☐ Non

Un autre médecin exerçant dans le même cabinet participe déjà à l'étude AGE3 ☐ Oui ☐ Non

Vous prévoyez de remettre votre cabinet dans les 2 ans à venir ☐ Oui ☐ Non

Vous détenez un titre de formation approfondie en gériatrie ☐ Oui ☐ Non

Date prévue de la formation dd.mm.yyyy