



# QUESTIONNAIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE DE QUALIFICATION DE SPÉCIALISTE

- DEMANDE DE QUALIFICATION

EN : .....

- DOSSIER DÉPOSÉ PAR LE DOCTEUR :

.....

- DOSSIER TRANSMIS PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL :

DE : .....

## ATTENTION / AVANT PROPOS

- Si votre demande de qualification est chirurgicale, veuillez joindre à votre dossier une liste détaillée des différentes interventions que vous pratiquez depuis les trois dernières années en précisant le nombre et le type d'opérations réalisées et votre qualité d'opérateur principal ou d'aide (les comptes rendus opératoires devront au préalable être anonymisés par vos soins).  
N.B. : Cette liste devra être authentifiée par le Président de la C.M.E. ou par le Directeur de l'Etablissement dans lequel vous exercez vos fonctions.
- Traductions des documents qui ne sont pas en langue française, effectuées par un traducteur agréé.
- Ne pas joindre à votre dossier des cassettes, diapositives, exemplaire de thèse...
- Joindre à votre demande les photocopies des certificats et attestations correspondant à votre formation et à votre activité.

**La présence du candidat est fortement conseillée.**

# É T A T - C I V I L

• NOM DE FAMILLE (nom de naissance): .....

• NOM D'USAGE : .....

• PRÉNOMS : .....

• ADRESSE PERSONNELLE :  
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

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

• ADRESSE PROFESSIONNELLE ET COORDONNÉES (TÉLÉPHONE / PORTABLE / MAIL):  
(en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil départemental)

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

• DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

.....

• NATIONALITÉ : .....

# C U R S U S   D E   F O R M A T I O N

- En quelle année avez-vous commencé vos études médicales ? : .....
  
  - Diplôme de doctorat en médecine : .....
    - Etablissement d'origine du diplôme ? : .....
      - Ville : .....
      - Pays : .....
- 
- Date : .....
- 
- Thèse : .....
- 
- Date et lieu : .....
- 
- Titre : .....
- 
- 
- Etes-vous titulaire de :  
  
Spécialité                Discipline : ..... Date : .....  
  
D.E.S.                        Discipline : ..... Date : .....  
  
D.E.S.C. du groupe I       Discipline : ..... Date : .....  
  
D.E.S.C. du groupe II       Discipline : ..... Date : .....  
  
DIS                          Discipline : ..... Date : .....  
  
CAPACITÉ                    Discipline : ..... Date : .....  
  
C.E.S.                        Discipline : ..... Date : .....

# F O R M A T I O N U N I V E R S I T A I R E

## INTERNE NOMMÉ AU CONCOURS

Date et lieu de la spécialité : .....

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			

## FAISANT FONCTION D'INTERNE (ou stage de la spécialité)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			

## CHEF DE CLINIQUE-ASSISTANT DES HÔPITAUX (ou assistant spécialiste)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			

# A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

(à détailler dans un curriculum vitae joint)

## 1/ VOTRE BILAN PROFESSIONNEL

- **Diplômes actuels (dans la spécialité sollicitée)**

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

- **Domaine de votre activité**

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

- **Volume d'activité (nombre de patients / consultations par mois, gardes, astreintes,...)**

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

- **Responsabilité au sein de l'équipe médicale**
- **Participation à la garde et aux urgences / permanence des soins / médecin traitant**
- **Participation à des décisions collégiales (RCP, Staff, ...)**

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

- **Diplômes universitaires (en rapport avec la spécialité sollicitée)**

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

- **Développement professionnel continu**

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

## 2/ POUVEZ-VOUS JUSTIFIER :

- **Travaux, publications et activités de recherche**
- **Enseignements en France et/ou à l'Etranger**
- **Appartenance à une ou des sociétés savantes**

# EXERCICE PROFESSIONNEL

## FONCTIONS HOSPITALIÈRES

Temps plein

Temps partiel

DATES	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	EN QUALITÉ DE (Attaché, Assistant hospitalier, P.H., Chef de Service...)	NOMBRE DE VACATIONS
de à			

## FONCTIONS A TITRE LIBÉRAL

Temps plein

Temps partiel

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	INSTALLATION EN CABINET (ADRESSE)
de à		

## FONCTIONS SALARIÉES

Temps plein

Temps partiel

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	NATURE DES ACTIVITÉS
de à		



## Textes officiels :

### Article L. 632-12 du Code de l'éducation

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste ;

### Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste

Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui leur a été initialement reconnue.

L'obtention de la qualification de spécialiste, mentionnée à l'article 1<sup>er</sup>, relève de la compétence de l'ordre national des médecins. Les décisions sont prises par le conseil départemental de l'ordre après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant le conseil national, qui statue après avis d'une commission de qualification constituée par spécialité auprès de lui.

Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.

La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

### Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins

#### **Information - protection des données**

*Les informations personnelles que vous transmettez à votre Conseil départemental sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande de qualification de spécialiste. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Conseil national de l'Ordre des médecins. Votre Conseil départemental et le Conseil national de l'Ordre des médecins agissent dans le cadre de leurs missions légales et sont responsables de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Seul le personnel compétent et habilité du Conseil départemental et du Conseil national ainsi que les membres de la Commission de qualification auront accès à ces informations. Ces informations pourront également être utilisées pour mettre à jour vos informations présentes dans le Tableau ou dans votre dossier administratif. Elles seront conservées par le Conseil départemental ou le Conseil national le temps de l'examen de votre demande, puis conservées pour une durée nécessaire à la gestion des éventuels recours.*

*Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de votre Conseil départemental ou auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : [dpo@cn.medecin.fr](mailto:dpo@cn.medecin.fr). Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de vous adresser à la CNIL, le cas échéant.*

### Conseil National de l'Ordre des Médecins

4, rue Léon Jost - 75855 Paris Cedex 17 - Tél. : 01 53 89 32 00 - Fax : 01 53 89 32 01

