ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

QUESTIONNAIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE D'OPTION EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE AVANCEE (RIA)

Procédure ouverte uniquement aux médecins titulaires du D.E.S en radiodiagnostic et imagerie médicale ou radiologie et imagerie médicale (non titulaires de l'option)

- DEMANDE DE QUALIFICATION EN :

.....

- DOSSIER DÉPOSÉ PAR LE DOCTEUR :

.....

- DOSSIER TRANSMIS PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE :

.....

- DATE DE RECEPTION PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL :.....

ATTENTION / AVANT PROPOS

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, en langue française ou, le cas échéant, traduites par un traducteur agréé.**
- **Joindre à votre demande les photocopies des certificats et attestations correspondant à votre formation et à votre activité.**
- **Joindre la liste des comptes rendus des actes (préalable être anonymisés par vos soins).**

La présence du candidat n'est pas systématiquement requise

ÉDITION 2024

É T A T - C I V I L

- NOM DE FAMILLE (nom de naissance): .....
- NOM D'USAGE : .....
- PRÉNOMS : .....
- N° RPPS : .....
- 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 : .....

  .....

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			
de à			
de à			
de à			
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			
de à			
de à			
de à			
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 (en rapport avec la spécialité/option sollicitée)**

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

- Domaine de votre activité

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

- Volume d'activité (mentions B, C, D et joindre 10 CR d'actes anonymisés – voir P.8)

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

- 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/option 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

E X E R C I C E P R O F E S S I O N N E L

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			
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

FONCTIONS A TITRE LIBÉRAL

Temps plein ☐
Temps partiel ☐

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

FONCTIONS SALARIÉES

Temps plein ☐
Temps partiel ☐

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

3./ MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE ET ÉVOLUTION DE CARRIÈRE ENVISAGÉE :

Je soussigné, certifie sur l'honneur la véracité des déclarations ci-dessus.

Date et signature :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

1- Le questionnaire (cf. modèle en annexe) dûment complété et faisant apparaître son état civil, date de qualification en radiologie, site(s) et adresse(s) d'installation, RPPS ;
2- CV court détaillant notamment le parcours de formation initiale en radiologie et l'organisation de l'activité de RI actuelle du demandeur ;
3- Type et nombre d'actes effectués (mentions B, C et D selon la liste d'actes) pendant les 3 ans précédents, en joignant 10 CR d'actes anonymisés représentatifs de l'activité ;

Tableau :

Acte CCAM	Mention Acte (B ou C)	Nombre en 2021	Nombre en 2022	Nombre en 2023

4- Formations et participation à des congrès, séminaires, DU, DIU, … effectuées dans les 3 dernières années : **ATTESTATIONS A L'APPUI** ;
5- Actions qualité en Radiologie Interventionnelle : participation à des RCP, RMM, CREX en RI dans les 3 dernières années : **ATTESTATIONS A L'APPUI** ;
6- Justificatifs de participation aux activités transversales en RI telles que l'enquête SFR-FRI annuelle (sur les volumes d'activités des équipes), démarche d'accréditation des équipes en radiologie de la HAS (par l'ODPC-RIM) - **ATTESTATIONS A L'APPUI**
7- Publications, enseignements et communications ces 3 dernières années : **ATTESTATIONS A L'APPUI**

Textes officiels :

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

Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins

Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

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. 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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre