

## Société suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie

### DEMANDE D'OBTENTION DE CERTIFICAT D'APTITUDE A LA REALISATION DE POLYGRAPHIES RESPIRATOIRES

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Titre(s) académique(s): \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste ORL de la FMH  
(ou équivalent) \_\_\_\_\_

Lieu et date du (des) diplôme(s): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Lieu de travail (cabinet/hôpital): \_\_\_\_\_

Lieu actuel de réalisation des  
polygraphies ou de consultation \_\_\_\_\_  
pour troubles respiratoires  
liés au sommeil:

## 1. Formation de spécialiste en ORL, en particulier

### Formation relative à la polygraphie respiratoire:

Date (du, au)	Institution, département	Poste, activité (désignation exacte, par ex. assistant/médecin- chef, stagiaire, recherche, médecine clinique, cabinet)

Réalisation de polygraphies respiratoires depuis: \_\_\_\_\_

Nombre de polygraphies respiratoires réalisées par an: \_\_\_\_\_

## 2. Activité prévue dans le domaine des troubles respiratoires liés au sommeil

A l'hôpital:

\_\_\_\_\_

Au cabinet personnel:

Lieu \_\_\_\_\_

prévue à partir de \_\_\_\_\_

### Système prévu de polygraphie

Système de mesure (nom commercial): \_\_\_\_\_

Paramètres (principe de mesure): 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

### Réalisation prévue de la polygraphie respiratoire

ambulatoire	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
stationnaire	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Supervision et instruction par un médecin	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Possibilité d'examen des données brutes et édition des résultats automatiques	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Etablissement d'un rapport	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

### 3. Renseignements complémentaires

(si besoin, utilisez une feuille supplémentaire)

---

---

---

---

Par la signature, le demandeur confirme avoir répondu aux questions en son âme et conscience et de manière véridique.

Lieu, date

Signature: \_\_\_\_\_



Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie  
Société suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale  
Società Svizzera di Otorinolaringoiatria e di Chirurgia cervico-facciale

A envoyer à:

Kommission Weiter- und Fortbildung der SGORL c/o  
Office Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie,  
Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL)  
c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG  
Münsterberg 1  
CH-4001 Basel  
Tel: +41 61 561 53 53  
Mail: [sekretariat@orl-hno.ch](mailto:sekretariat@orl-hno.ch)  
Web: [www.orl-hno.ch](http://www.orl-hno.ch)

## **Demande de prolongement**

Obtention du 1<sup>er</sup> ou du dernier certificat d'aptitude à la réalisation de polygraphies respiratoires en: \_\_\_\_\_ (Veuillez joindre une copie)

Nombre de polygraphies respiratoires réalisées par an: \_\_\_\_\_

Justificatif d'une formation continue en médecine du sommeil (12 crédits):

4 heures en auto-apprentissage (références)

8 crédits de formation continue en médecine du sommeil durant les 4 dernières années

(Veuillez joindre un justificatif)

Système de polygraphie utilisé \_\_\_\_\_

Par la signature, le demandeur confirme avoir répondu aux questions en son âme et conscience de manière véridique.

Lieu, date

Signature: \_\_\_\_\_

Pièces jointes:

Copie du premier ou du dernier certificat en date

Justificatif de 8 crédits de formation continue en médecine du sommeil durant les 4 dernières années

A envoyer à la Commission pour la formation postgraduée et continue de la SSORL