|  |
| --- |
| MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES |
| Administration générale de l’Enseignement  (AGE)  Direction générale de l’Enseignement non obligatoire  et de la Recherche scientifique (DGENORS)  **Direction de l’Agrément des Prestataires de Soins de Santé**  **Commission d'agrément en médecine nucléaire**  Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles |
| Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agrementsante@cfwb.be](mailto:agrementsante@cfwb.be) |

CARNET DE STAGE

MEDECINE NUCLEAIRE

* 1e année

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

Téléphone :

* 2e année
* 3e année
* 4e année
* 5e année
* 6e année
* … année

Ce carnet de stage doit être renvoyé à la fin de l'année de stage à l’Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles **au plus tard six mois après l'achèvement de l'année de stage à l’adresse suivante**:

Administration générale de l’Enseignement (AGE)

Direction générale de l’Enseignement non obligatoire et de la Recherche scientifique (DGENORS)

Direction de l’Agrément des Prestataires de Soins de Santé

**Commission d'agrément en médecine nucléaire**

**Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles**

Je, soussigné,…………………………………………………………, déclare que les informations contenus dans le présent formulaire sont exactes.

Date :

Signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maître(s) de stage de l’année** | | | |
| Nom | Début | Fin | Signature (à la fin de chaque stage) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Maître de stage coordinateur :

Nom Signature

**Récapitulatif des absences**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Année … | Année … |
| A |  |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |

A = Nombre de jours d’absence pour maladie \*

B = Nombre de jours d’absence pour congé de maternité \*

C = Nombre de jours de congés scientifiques \*

D = Nombre de jours d’absence pour congés de circonstance (mariage, décès, etc..)\*

E = journées de travail effectives (en service, tant les jours ouvrables que fériés)\*

F = Autres absences

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* = jours de travail (1 par journée pleine, 0,5 par demi-jour).

**NOTE À L’INTENTION DES CANDIDATS SPÉCIALISTES**

Le carnet de stage comprend 7 parties :

* Les six premières parties donnent à chaque moment un aperçu des différentes activités exécutées par le candidat spécialiste pendant une période de deux mois ;

La septième partie donne un aperçu global des activités scientifiques durant l’année académique.

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

1. **Matières concernées**
   * Formation de base
   * Médecine nucléaire diagnostic in vivo
   * Médecine nucléaire diagnostic in vitro
   * Thérapeutique isotopique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En rapport avec le type d’exploration | Nombre | Dates |
| **2.1. Consultations et autres activités cliniques** | ……………………………………………….………………………….…………..….. | ………………………………………… | …….……………….…………………………. |
| ……………………………………………….……………………………..…….…….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
| ……………………………………………….………………………………………….. | ………………………………………… | …….…………….……………………………. |
|  |  | Description |  |
| **2.2 Assistance** | À des interventions chirurgicales………………………………………………………………………………………………………….……………………. | | |
| À des autopsies………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Prestations | Dates |
| **3.1. Prestations de nuit** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| **3.2. Gardes de week-end** | …………………………….. | ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |
| ………………………………………………………………………… | ………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Mise au point des dossiers complémentaires en vue de l’interprétation d’explorations de médecine nucléaire** | Nombre :…………. |

Description de la problématique clinique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.1. Prestations techniques in vivo** | | | |
| Explorations in vivo | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Osseux |  |  |  |
| Articulaires |  |  |  |
| Cérébraux (perfusion) |  |  |  |
| Neurologiques (autres) |  |  |  |
| Thyroïdiens |  |  |  |
| Endocrinologiques (divers) |  |  |  |
| Myocardiques (perfusion) |  |  |  |
| Myocardiques (autre) |  |  |  |
| Cardioventriculographiques |  |  |  |
| Angiographiques (autres) |  |  |  |
| Rénaux |  |  |  |
| Urogénitaux |  |  |  |
| Hépatiques |  |  |  |
| Cholangiographiques |  |  |  |
| Gastrointestinaux |  |  |  |
| De détection oncologique |  |  |  |
| De détection infectieuse |  |  |  |
| De détection inflammatoire |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.2. Applications thérapeutiques** | | | |
| Thérapies isotopiques | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Thyroïdiennes |  |  |  |
| Endocrinologiques (autres |  |  |  |
| Pour métastases osseuses |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.3. Prestations techniques in vitro** | | | |
| Manipulations | Données complémentaires | Nombre exécuté personnellement | Nombre en simple assistance |
| Dosages hormonaux |  |  |  |
| Dosages hématologiques |  |  |  |
| Dosages sérologiques |  |  |  |
| Dosages allergologiques |  |  |  |
| Dosages oncologiques |  |  |  |
| ………………………………………………... |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prestations de contrôle de qualité technique** | |
| Type d’appareillage contrôlé | Description du ou des test(s) |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

| **7. Discussions de groupe** | Date | Nature |
| --- | --- | --- |
| Réflexion sur des sujets cliniques spécifiques de médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Réflexion sur des problèmes techniques en médecine nucléaire | ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………. | ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Formation théorique et pratique** | Date | Résultat obtenu | Visa de l’examinateur |
| 8.1. Enseignement théorique (indiquer le lieu) | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| 8.2. Travaux pratiques | | | |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….…………. | …………………. | …………………….. | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9. Participation active aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Titre de l’exposé | Date | Lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| **10. Assistance aux séminaires et réunions scientifiques** | | |
| Sujet et organisateur de la réunion | Date | lieu |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………….. | ………………………………………….. | ……………………………………………… |

11. Dates et motifs d’interruption (ou de reprise) éventuelle du stage :

-

-

-

-

12. Remarques et signature du stagiaire

Signature du maitre de stage, Visa du médecin spécialiste,

pour accord pour accord (stage de rotation)

Maitre de stage coordinateur, pour accord

**RECAPITULATIF DE L’ACTIVITE SCIENTIFIQUE DE L’ANNEE ACADEMIQUE 20… - 20…**

1. Activités scientifiques (description, titres, références)
2. Publications (auteurs dans l’ordre, titres, références de la revue ou du chapitre, année, etc.)



1. Examens présentés (pro memoria) :

Intitulé des cours et travaux pratiques date résultats



Date et signature du candidat Date et signature du maître de stage

**EVALUATION DU CANDIDAT (texte libre)**

Date : Signature :

**EVALUATION DU MAITRE DE STAGE (texte libre)**

Date : Signature :

**DONNEES ADMINISTRATIVES**

1. carnet de stage reçu par l'Administration de l'art de guérir en date du
2. carnet de stage soumis à la Commission d'agrément à la séance du
3. avis des membres de la Commission d'agrément

SIGNATURE (S)

DATE :