

## 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:

---

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