



Annexe 2

Formulaire de candidature pour la reconnaissance d'équivalence des formations étrangères en soins intensifs

Informations générales concernant le demandeur

Nom, prénom

Date de naissance / Nationalité

Adresse mail

Adresse

Informations concernant l'unité de soins intensifs

Nom de l'hôpital

Reconnaissance par la SSMI

Oui

Non

Si oui, depuis quand?

Nombre de lits

Nom et prénom du médecin-chef de l'unité de soins intensifs

Nom et prénom du responsable infirmier de l'unité de soins intensifs

Fonction de cadre de l'unité de soins intensifs depuis:

L'unité est-elle un lieu d'apprentissage pratique EPD ES SI?

Oui

Non

Parcours professionnel du demandeur

Diplôme en soins infirmiers, date et lieu:

Reconnaissance du diplôme par la Croix-Rouge suisse le:

Date de l'obtention et intitulé de la formation post-diplôme:

Lieu et nom du prestataire du formation post-diplôme:

Date d'engagement dans l'actuelle unité de soins intensifs¹

Taux d'occupation actuel

Avez-vous exercé votre profession en Suisse avant d'intégrer cette unité?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la durée et le taux d'activité: