



palliative.ch

**gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza**

Attestation de formation postgraduée clinique

Formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative

Version 19.02.2026/Fgä

1. Informations sur la candidate / le candidat

- Nom, prénom :
- Date de naissance :

2. Informations sur l'établissement de formation postgraduée

- Nom/clinique/institution/service :
- Adresse :
- Reconnaissance en tant qu'établissement de formation (ISFM/RFP) : A B
 - Date de la première reconnaissance/nouvelle reconnaissance :
- Certification en soins palliatifs (p. ex. qualitépalliative) :
 - Date de la première certification/nouvelle certification :
- Responsable(s) de la formation postgraduée :
 - Nom, prénom :

3. Aperçu de la formation postgraduée clinique suivie

Les inscriptions doivent correspondre à l'emploi et à la fonction effectifs.

Période (de – à)	Emploi en %	Fonction/rôle	Domaine (hospitalier / ambulatoire / consultatif)	Catégorie (A/B)	Remarques

Une activité de recherche en soins palliatifs peut être validée pour 3 mois au maximum.

4. Absences et congés (art. 31 RFP)

- La formation postgraduée s'est déroulée sans interruption pendant les périodes susmentionnées.
- La formation postgraduée a été interrompue en raison d'absences/congés conformément au sens de l'art. 31 RFP :

Période (du – au)	Motif (par ex. maladie, congé non payé, maternité, congé parental, service militaire, ...)	Prise en compte selon la RFP/ISFM (oui/non)	Remarques

5. Evaluation sommaire / Objectifs d'apprentissage

Pendant la période mentionnée, le/la candidat(e) a exercé les activités requises en médecine palliative spécialisée.

Lieu/date :

Direction de l'établissement de formation postgraduée :

Nom, prénom :

Titre/fonction :

Signature

Tampon de l'institution