

**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ULTRASCHALL IN DER MEDIZIN  
SOCIETÀ SVIZZERA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA  
SOCIÉTÉ SUISSE D'ULTRASON EN MÉDECINE

## Domanda per il conseguimento dell'attestato di capacità in sonografia Modulo Addome

Chi è in grado di dimostrare di avere perseguito una formazione post-graduata in sonografia corrispondente all'adempimento dei criteri a seguito elencati ed è portatore di un titolo di specialità confederato o altro titolo di specialità estero riconosciuto, adempie alle premesse per richiedere l'attestato di capacità in **Sonografia Modulo Addome**. L'attestato di capacità può essere attribuito solo ai membri della FMH. E' necessaria la dimostrazione di aver perseguito una formazione continua regolare secondo le direttive del Programma di capacità.

### Criteri:

- **Avere assolto ad un corso di base pratico riconosciuto (corso I, durata minima 21 ore)**
- **Avere eseguito 100 esami sonografici sotto supervisione**
- **Avere assolto ad un corso di perfezionamento pratico riconosciuto (corso II, durata minima 16 ore)**
- **Avere eseguito 100 esami sonografici sotto supervisione**
- **Avere assolto ad un corso finale pratico riconosciuto (corso III, durata minima 16 ore)**
- **Avere eseguito personalmente e documentato 500 esami sonografici dei quali almeno 400 riguardanti l'addome totale. Per 100 sonografie è consentito l'esame di organi superficiali/parti molli. 200 dei 500 esami devono essere controllati, ossia eseguiti sotto supervisione di un esaminatore esperto. Gli esami eseguiti vanno documentati con testo descrittivo che con immagini fotografiche. I reperti concernenti questi 500 esami devono essere disponibili per un relativo controllo, fermo restando la protezione dei dati dei pazienti**
- **Titolo di specialità confederato o estero riconosciuto**
- **Essere membro FMH**

Io dichiaro di adempiere alle premesse per il conseguimento del certificato di capacità, elencate nel contesto dell'allegato formulario di formazione post-graduata.

Confermo, di avere risposto in maniera veritiera alle domande e sono pronta/pronto su richiesta di tenere a disposizione per il controllo le sonografie complete della relativa documentazione.

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

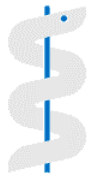
Luogo; Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Allegati:       Generalità       Formulario di formazione post-graduata       Carnet di formazione

---

---

---

**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
 Fédération des médecins suisses  
 Federazione dei medici svizzeri  
 Swiss Medical Association



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ULTRASCHALL IN DER MEDIZIN  
 SOCIETÀ SVIZZERA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA  
 SOCIÉTÉ SUISSE D'ULTRASON EN MÉDECINE

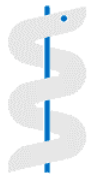
## Domanda per il conseguimento dell'attestato di capacità in sonografia Modulo Addome

### Generalità:

Cognome, Nome:			
Data di Nascita:			
Specialista FMH in:		Dal:	
Indirizzo Ambulatorio / Ospedale:			
Indirizzo Privato:			
Telefono   Fax Ambulatorio:			
Telefono   Fax Privato:			
Numero di concordato:			
Numero – EAN:		Numero -FMH:	
Membro delle seguenti società:	<input type="radio"/> SGAM	<input type="radio"/> SGIM	Altre:
	<input type="radio"/> SGUM	Sezione:	
Domanda di affiliazione per SGUM/ SSUM- Membro?	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No
Interesse ad attività di formazione/ Tutore di corsi?	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No

La domanda di richiesta di adesione, il foglio delle generalità compilato, l'attestato di formazione post-graduata ed il carnet di formazione e tutta la relativa documentazione controfirmata, sono da inviare a:

**SSUM/SGUM- Sezione I/A**  
**Certificato di capacità**  
**Casella Postale 1816**  
**8021 Zurigo**



**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ULTRASCHALL IN DER MEDIZIN  
SOCIETÀ SVIZZERA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA  
SOCIÉTÉ SUISSE D'ULTRASON EN MÉDECINE

## **Domanda per il conseguimento dell'attestato di capacità in sonografia Modulo Addome Formulario di formazione post-graduata**

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Esperto in sonografia dal: \_\_\_\_\_

### **Corsi frequentati**

non elencati, perchè descritti dettagliatamente ed in misura completa, nell'allegato carnet di formazione SSUM.

Data	Luogo	Tutore	Durata (ore)
<b><u>Corso I; Corso di base:</u></b>			
<b><u>Corso II; Corso di perfezionamento:</u></b>			
<b><u>Corso III; Corso di perfezionamento:</u></b>			
<b><u>Corso di formazione continua:</u></b>			

### **Esami eseguiti con supervisione, nel lasso di tempo intercorso tra corso di base e corso di perfezionamento.**

non elencati, perchè descritti dettagliatamente ed in misura completa, nell'allegato carnet di formazione SSUM.

Luogo	Supervisore	Numero	Regione

### **Esami eseguiti con supervisione**

non elencati, perchè descritti dettagliatamente ed in misura completa, nell'allegato carnet di formazione SSUM.

Luogo	Supervisore	Numero	Regione

### **Esami eseguiti autonomamente**

Luogo	Numero	Regione