



Formulaire de demande d'octroi de l'autorisation pour la vaccination contre la fièvre jaune

Veuillez s'il vous plaît envoyer ce formulaire dûment rempli, accompagné des documents pertinents à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Division Maladies transmissibles, Autorisation de vaccinations contre la fièvre jaune, CH-3003 Berne.		
Informations générales		
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande d'octroi de l'autorisation pour la vaccination contre la fièvre jaune		
Nom/prénom :		
Adresse professionnelle		
Canton:		
Numéro de téléphone :		
Numéro de fax :		
Adresse e-mail :		
Qualifications (selon art. 42 OEp) (cocher et compléter)		
<input type="checkbox"/> Diplôme de médecin (selon la loi sur les professions médicales du 23 juin 2006 [LPMéd ; RS 811.11])		
<input type="checkbox"/> Diplôme fédéral	<input type="checkbox"/> Diplôme étranger reconnu	
Date du diplôme :		
Institution formatrice:		
<input type="checkbox"/> Titre postgrade en médecine tropicale et médecine des voyages (selon LPMéd)		
<input type="checkbox"/> Titre fédéral	<input type="checkbox"/> Titre étranger reconnu	<input type="checkbox"/> non disponible
Date du diplôme :		
Institution formatrice :		
Exception (selon art. 43 OEp) (ne compléter que si vous n'êtes pas titulaire d'un titre postgrade en médecine tropicale et des voyages ; toutes les conditions ci-dessous doivent être remplies)		
<input type="checkbox"/> Diplôme en médecine tropicale (formation d'au minimum 3 mois, selon art. 43 a. OEp)		
Date et titre du diplôme :		
Institution formatrice :		

<input type="checkbox"/> Expérience pratique (selon art. 43 b. OEp) (au moins un an dans un service reconnu par la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages FMH, dont au moins 6 mois dans un centre de vaccination pour voyageurs ; si vous avez plusieurs expériences professionnelles dans ce domaine, citez la plus récente)		
Durée (en tout ; [années]) :	
Où (unité/service) :	
Durée (centre de vaccination pour voyageurs ; [mois]):	
Où (centre de vaccination) :	
<input type="checkbox"/> Participation régulière à des formations continues en médecine tropicale et en médecine des voyages (reconnue par la FMH) (selon art. 43 c. OEp)		
Année	CME credits	Titre
Brève justification de la demande d'autorisation de vaccination contre la fièvre jaune		
Documents		
<input type="checkbox"/> Curriculum vitae <input type="checkbox"/> Copie du diplôme fédéral ou du diplôme étranger reconnu de médecin selon la LPMéd <input type="checkbox"/> Copie du titre postgrade fédéral ou du titre postgrade étranger reconnu en médecine tropicale et médecine des voyages selon la LPMéd <input type="checkbox"/> Copie du diplôme en médecine tropicale (pour les autorisations à titre d'exception) <input type="checkbox"/> Copies des attestations de formation /d'expériences professionnelles		
Date :		Signature :