

**DES de Médecine générale**

**Contrat de formation personnelle professionnalisante**

|  |
| --- |
| **L’étudiant.e** |
| **NOM et Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **E-mail** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Date d’entrée dans le DES** |  |
| **UFR de rattachement** | [ ]  Lyon Est [ ]  Lyon Sud |

|  |
| --- |
| L’UFR |
| *Le référent pédagogique**(tuteur.trice)* | Nom et Prénom |  |
| E-mail et téléphone |  |
| *Le coordonnateur local,**président de la commission**locale de coordination* | **Pre Sylvie ERPELDINGER**sylvie.erpeldinger@univ-lyon1.fr |
| *Le Doyen de l’UFR**de Médecine* | Lyon Est**Pr Gilles RODE**gilles.rode@univ-lyon1.fr | Lyon Sud**Pr Philippe PAPAREL**philippe.paparel@univ-lyon1.fr |
| *Le représentant de l’autorité**militaire pour les étudiants du service de santé des armées* | **MP Thomas COLLEONY**thomas1.colleony@intradef.gouv.fr |

|  |
| --- |
| **Validation des vœux formulés et du contrat de formation de l’étudiant** |
|  | Avis de la commissionlocale de coordination | **Signature du****Doyen de l’UFR** | Signature del’étudiant |
| Phase socle | Date :Avis : | **Date :****Signature :** |  |
| 1ère année Phased’approfondissement |  |  |  |
| 2e année Phased’approfondissement |  |  |  |
| Phase de consolidation |  |  |  |

**Partie A : Projet professionnel**

*Dernière date de modification du projet :*

Date prévue de fin du DES :

CESP en cours : [ ]  Oui [ ]  Non

**Mode.s d’exercice envisagé.s :**

[ ]  Ambulatoire : [ ]  Cabinet [ ]  Maison de Santé [ ]  Centre Municipal

[ ]  Hospitalier : [ ]  Public [ ]  Privé [ ]  Mixte public/privé

[ ]  Mixte ambulatoire/hospitalier

[ ]  Autre (à préciser) :

**Activité.s envisagée.s :**

[ ]  Libérale [ ]  Salariée [ ]  Mixte

**Type.s d’activité envisagé.s (plusieurs options possibles) :**

[ ]  Soins (dont activité clinique, biologique, radiologique) [ ]  Activité de prévention exclusive

[ ]  Recherche [ ]  Enseignement [ ]  Management

[ ]  Autre (à préciser) :

**Zone.s géographique.s, site.s d’activité souhaité.s :**

[ ]  En zone urbaine [ ]  En zone péri-urbaine [ ]  En zone semi-rurale [ ]  En zone rurale

**Un parcours recherche est-il envisagé ?**

[ ]  Oui, déjà commencé [ ]  Oui, en projet [ ]  Non

Domaine envisagé :

Niveau envisagé : [ ]  Master 1 [ ]  Master 2 [ ]  Thèse de sciences

**Un parcours universitaire est-il envisagé ?** [ ]  Oui [ ]  Non

***Avis du tuteur (référent pédagogique) : Date :***

***Signature et tampon :***

***Avis du coordonnateur et/ou de la commission : Date :***

***Cohérence du projet :***

***Pertinence du projet dans son intégration à l’offre de soin locale (+/-proposition CESP) :***

**Partie B : Parcours pédagogique projeté**

**Formation hors stage**:

Si souhait de FST : Addictologie, Douleur, Expertise médicale et préjudice corporelles, Médecine du sport, Médecine scolaire, Soins palliatifs, Médecine hospitalière polyvalante

* 1er vœu :
* 2e vœu :

**Formation autre** (laboratoire, cours-tutorat, management-représentation, comptabilité-logistique, etc.) :

**Stage à l’étranger :**

**Partie C : Travaux, post-internat et insertion professionnelle**

**Thèse d’exercice :**

Projet de thèse :

Thème de la thèse :

[ ]  Projet en cours de rédaction

[ ]  Projet accepté le :

[ ]  Thèse en cours de rédaction

[ ]  Thèse soutenue le :

Titre :

Directeur.trice :

**Mémoire de DES :** présentation prévue le

**Projet en fin de DES de spécialité**: Quelle est l’activité projetée dans les 3 ans post DES ?

[ ]  Installation en cabinet : [ ]  Seul.e [ ]  En groupe [ ]  En collaboration

[ ]  Installation en centre de santé

[ ]  Remplaçant.e

[ ]  CCU [ ]  CCA [ ]  AUMG [ ]  Assistant des hôpitaux [ ]  Assistant partagé

[ ]  Praticien hospitalier [ ]  Poste contractuel

[ ]  Activité mixte libérale/salariée

[ ]  Poursuite parcours recherche

[ ]  Autre (à préciser) :

**Partie D : Pour les étudiants du service de santé des armées**

**Projet professionnel**

Orientation professionnelle :

[ ]  Terre [ ]  Air [ ]  Mer [ ]  Gendarmerie

[ ]  Autre (à préciser) :

Tropisme d’activité particulier :

[ ]  Médecine du sport [ ]  Médecine d’urgence [ ]  Médecine opérationnelle

[ ]  Troupes aéroportées [ ]  Troupe de Montage [ ]  Autre (à préciser) :

Région géographique envisagée :

[ ]  Priorité géographique [ ]  Priorité à l’activité

[ ]  Nord-Ouest [ ]  Nord-Est [ ]  Sud-Est [ ]  Sud-Ouest

[ ]  Région Île-de-France [ ]  Outre-mer

**Projet de formation théorique et pratique**

Suivi classique des stages de la maquette du DES :

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, préciser le stage souhaité :

Stages hors subdivision envisagé (ou hors région) :

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, préciser :

Fiche de thèse envoyée au CUMG : [ ]  Oui [ ]  Non

Formation complémentaire envisagée pendant le DES :

[ ]  CAMU [ ]  Autre DU, DIU, capacité (à préciser) :

**Activités ou formations envisagées sur les 3 ans post-DES**

Non concerné.e. Pour mémoire, les formations spécialisées ne sont pas accessibles aux étudiants du service de santé des armées.