

**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](mailto:sylvie.erpeldinger@univ-lyon1.fr) | | |
| *Le Doyen de l’UFR*  *de Médecine* | Lyon Est  **Pr Gilles RODE**  [gilles.rode@univ-lyon1.fr](mailto:gilles.rode@univ-lyon1.fr) | | Lyon Sud  **Pr Philippe PAPAREL**  [philippe.paparel@univ-lyon1.fr](mailto: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](mailto:thomas1.colleony@intradef.gouv.fr) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Validation des vœux formulés et du contrat de formation de l’étudiant** | | | |
|  | Avis de la commission  locale de coordination | **Signature du**  **Doyen de l’UFR** | Signature de  l’étudiant |
| Phase socle | Date :  Avis : | **Date :**  **Signature :** |  |
| 1ère année Phase  d’approfondissement |  |  |  |
| 2e année Phase  d’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.