**Demande d’attestation d’équivalence de modules**

en vue de l’obtentiondu titre d’experte /expert en prévention des infections
associées aux soins

Voir aussi **« Guide pour l’obtention du titre fédéral »** en dehors des dispositions transitoires de l’art. 9 du règlement d’examen»

Veuillez trouver le [règlement d’examen](https://www.odasante.ch/fileadmin/epsante.ch/docs/HFP_Infektionspraevention/2012.06.28_EPS_Inf_reglement_f.pdf) ainsi que les [directives](https://www.odasante.ch/fileadmin/epsante.ch/docs/HFP_Infektionspraevention/Wegleitung_FR.pdf) sur :

<https://www.odasante.ch/fr/examens/#experte-en-prvention-des-infections-associes-aux-soins-eps>

**Demande**

Selon le « Guide pour l’obtention du titre fédéral » en dehors des dispositions transitoires de l’art. 9 du règlement d’examen», je demande par la présente une confirmation d’équivalence des formations déjà effectuées correspondantes aux module/s suivant/s :

[ ]  **Module 1** (⇨ joindre le formulaire « preuve des prestations de formation acquises, module 1 »)

[ ]  **Module 2** (⇨joindre le formulaire « preuve des prestations de formation acquises, module 2 »)

[ ]  **Module 3** (⇨joindre le formulaire « preuve des prestations de formation acquises, module 3 »)

[ ]  **Module 4** (⇨joindre le formulaire « preuve des prestations de formation acquises, module 4 »)

[ ]  **Module 5** (⇨joindre le formulaire « preuve des prestations de formation acquises, module 5 »)

**N.B.**

**Le module spécialisé en prévention des infections du BIZ** à Zürich réalisé et validé après l’an 2000 est **automatiquement reconnu équivalent** **aux modules 1 et 2 du règlement actuel s’il est accompagné de l’examen validé de la SSHH.**

Une demande d’équivalence pour ces deux modules n’est donc pas nécessaire, mais une preuve de validation doit être apportée (indication sous point 3 de ce formulaire et joindre une copie des certificats de module et examen).

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom:**      | **Prénom:**      |
| **Adresse:**      |
| **NPA, localité:**      |
| **Tél. privé:**      | **Tél. prof.:**      |
| **Courriel:**      | **Mobile:**      |
| **Lieu d’origine, canton:**      | **Numéro AVS:**      |
| **Date de naissance:**      | **Sexe:** [ ]  F [ ]  M |

1. **Formation professionnelle suivie en dehors de la prévention des infections**(joindre svp une copie des certificats) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation / Diplôme/ Autres perfectionnements /**  | **de** | **à** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

1. **Expérience professionnelle en prévention des infections
(3 ans minimum avec un taux d’occupation de 80% ou pro rata temporis)**(joindre svp une copie des attestations et certificats de travail) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Employeur** | **Fonction / poste occupé** | **de** | **à** | **Taux d’occu-pation en %** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

1. **Formations spécifiques en prévention des infections** (joindre svp une copie des certificats) :
*Détails sont à joindre avec le formulaire spécifique du module concerné.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre formation / module** | **Prestataire de formation**(Nom et adresse complète) | **Durée**(de JJ.MM.AAAA à JJ.MM.AAAA) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

1. **Travail de diplôme réalisé** (joindre svp une copie des évaluations) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre du travail de diplôme dans le domaine de la prévention des infections, si effectué**() | **Prestataire de formation**(Nom et adresse complète) | Niveau/ contexte de la formation |
|       |       |       |

**Validation:** Apportez la preuve de la validation du travail.

**Taxe:**

La taxe pour l’obtention du titre s’élève à **CHF 400.-[[1]](#footnote-1)**.

**La Commission d’assurance qualité traitera la demande après paiement des frais de traitement du dossier.**

Les frais pour l’établissement du diplôme et l’inscription dans le registre officiel des titulaires de diplômes s’élèvent à **CHF 40.-**.

Si la demande d’équivalence concerne plus de 3 modules, des coûts supplémentaires à raison de CHF 100.-/ module supplémentaire seront exigés.

Les frais de dossier ne couvrent pas les frais d'inscription à l'examen fédéral.

**Les frais sont à effectuer au compte suivant :**

*Coordonnées bancaires:*Berner Kantonalbank AG, 3001 Bern

*en faveur de:*

Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit

c/o KMU Treuhand, Standstrasse 8, 3014 Bern

*IBAN*

CH53 0079 0016 5829 5351 2

Si la taxe n’est pas payée par la / le candidat/e, nous vous prions de nous indiquer ci-dessous le nom et l’adresse du donneur d’ordre du paiement :

|  |
| --- |
|       |

Le / la soussigné/e confirme que les indications mentionnées dans ce document sont conformes à la vérité.

**Lieu et date:**       **Signature:**

**Documents à joindre avec la demande:**

1. Formation professionnelle suivie: copies des certificats
2. Expérience professionnelle en prévention des infections: copies des attestations et certificats de travail
3. Copie des diplômes / attestations de formations suivies en prévention des infections
4. Contenu des formations (heures, etc.), quand cela ne correspond pas aux directives transitoires.
5. Titre du travail de diplôme et preuve de sa validation
6. Selon situation le ou les Formulaires « Preuve des prestations de formation acquises, module x »
1. Adaptation par l’organisme responsable possible [↑](#footnote-ref-1)