

Questionnaire Visites – Domaines d’activité

Je suis au bénéfice des titres reconnus suivants ou je suis en formation en vue de l’obtention du titre suivant (s’il vous plaît cocher):

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Allergologie et immunologie clinique | Médecine légale |
| Anesthésiologie | Médecine nucléaire |
| Angiologie | Médecine pharmaceutique |
| Cardiologie | Médecine physique et réadaptation |
| Chirurgie générale et traumatologie | Médecine tropicale et médecine de voyages |
| Chirurgie viscérale | Néphrologie |
| Chirurgie vasculaire | Neurochirurgie |
| Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique | Neurologie |
| Chirurgie de la main | Oncologie médicale |
| Chirurgie orale et maxillo-faciale | Ophthalmologie |
| Chirurgie orthopédique et traumatologie | ORL |
| de l’appareil locomoteur | Pathologie |
| Chirurgie pédiatrique | Pédiatrie |
| Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique | Pharmacologie et toxicologie cliniques |
| Chirurgie thoracique | Pneumologie |
| Dermatologie et vénéréologie | Prévention et santé publique |
| Endocrinologie/diabétologie | Psychiatrie et psychothérapie |
| Gastroentérologie | Psychiatrie et psychothérapie d’enfants et d’adolescents |
| Génétique médicale | Radiologie |
| Gynécologie et obstétrique | Radio-oncologie/radiothérapie |
| Hématologie | Rhumatologie |
| Infectiologie | Urologie |
| Médecine du travail | |
| Médecine intensive | |
| Médecine interne générale | |

Visites possibles aussi en **allemand** **italien**

Spécialisation:

Nom / Prénom:

Adresse / e-mail:

Merci beaucoup pour le renvoi à:

visites@asmac.ch ou asmac, Bollwerk 10, Case postale, 3001 Berne