**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

**EXAMEN DU CFCVE 2025**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Nationalité :**

**Tel mobile :**

**E-mail personnel :**

**N° RPPS :**

**Adresse personnelle :**

**Adresse professionnelle d’installation (si connue) :**

**NB : Toutes les données sont indispensables pour le site CFCVE, dactylographiées pour éviter les écritures pénibles ...**

**Grille de validation des candidats à l’examen du Collège Français de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire**

|  |
| --- |
| **Candidat** NOM : PRENOM : |
| **Ville et Pays de validation des études médicales :**  |
| **Promo d’internat : Année ……….. Ville/Pays :** |
| **DES**  |
|   | Vasculaire  |   | Année d’obtention : |  |
|  Autre : ……… |  | Année d’obtention : |  |
| * Clinicat
 | * Assistanat
 | * Assistanat partagé
 |
| **Année 1**Nov 20..à Oct 20.. |   |
| **Année 2**Nov 20..à Oct 20.. |   |
| **Année 3**Nov 20..à Oct 20.. |   |
| Validation des cours UNESS et des ETU |  OUI NON |
| **Activité scientifique**  | intitulé  |
| Présentation à un congrès national ou international  |   |
| Publication dans les 3 premiers auteurs  |   |
|

|  |
| --- |
| **Activité opératoire**  |
| Participation à une reconstruction vasculaire (>200)  |   |
| Opérateur principal à une reconstruction vasculaire (>90)  |   |
| Nb de reconstructions si année 3 en installation (>100)  |   |

 |
| **Participation à l’enseignement** **des séminaires du collège** |
|   | Validation  |   | OUI  | NON  |
| **Le coordonnateur inter-régional** (nom et signature)  | **Le candidat** (signature)  |

**NB : Toutes les données sont indispensables pour le site CFCVE, dactylographiées pour éviter les écritures pénibles**