



**FÉDÉRATION**  
WALLONIE-BRUXELLES  
ENSEIGNEMENT.BE

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)  
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire  
et de la Recherche scientifique (DGENORS)  
Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé  
**Commission d'agrément en Radiodiagnostic**  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles  
Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agreementsante@cfwb.be](mailto:agreementsante@cfwb.be)

## **Carnet de stage du médecin candidat spécialiste en radiodiagnostic**

**Nom et Prénom:**

**Adresse:**

**Adresse e-mail :**

**Téléphone :**

**Année de stage**

1<sup>ère</sup>

2<sup>ème</sup>

3<sup>ème</sup>

4<sup>ème</sup>

5<sup>ème</sup>

6<sup>ème</sup>

Ce carnet de stage doit être renvoyé à la fin de l'année de stage à l'Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles **au plus tard six mois après l'achèvement de l'année de stage** à l'adresse suivante :

Administration générale de l'Enseignement (AGE)  
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire et de la Recherche scientifique (DGENORS)  
Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé  
Commission d'agrément en radiodiagnostic  
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles

*La disposition des 18 pages doit être conservée.*

*La version papier doit être signée par le candidat et le maître de stage.*

*Les candidats en dernière année peuvent renvoyer leur carnet au plus tôt 2 mois avant la fin de leur formation.*

---

**Annexes obligatoires à la version papier:**

*Précédée d'1 feuille récapitulative du contenu des annexes.*

**- Copies des attestations de présence à toutes les activités de post-formation**

- Attestations des congrès, symposia, réunions nationales, ...
- Attestations d'accréditation et attestations avec points EMC (Education Médicale Continue).

**- Autres attestations éventuelles**

**- Copies d'abstracts, exposés, posters, publications, ... (avec contributions actives et personnelles)**

**- Attestations avec évaluations**

- du maître de stage par le candidat, joindre, dans une enveloppe fermée comme annexe à la version papier
- du candidat par le maître de stage

Prénom + nom : \_\_\_\_\_

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

## DONNEES ADMINISTRATIVES

Carnet de stage reçu par l'Administration le : \_\_\_\_\_

Carnet de stage soumis à la Commission d'agrément le : \_\_\_\_\_

Nom(s) et signature du (des) rapporteur(s):

---

---

---

Avis de la Commission d'agrément :

Nom, date et signature du Président de la Commission d'agrément (ou son remplaçant)

Date : \_\_\_\_\_

**Maitre(s) de stage de l'année écoulée (\*)**

<b>Nom du maître de stage</b> (éventuellement cachet)	<b>Début de la période de stage</b>	<b>Fin de la période de stage</b>	<b>Signature du maître de stage concerné</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			

**Maître de stage coordonnateur**

Nom

Signature

--	--

**Candidat spécialiste**

Nom

Signature

--	--

- 1. Si vous avez effectué vos 12 mois de stage dans le même centre, ne remplissez que la première ligne ;
- 2. si vous avez effectué vos 12 mois de stage dans deux centres différents, remplissez les 2 premières lignes ;
- 3. si vous avez effectué vos 12 mois de stage dans trois centres différents, remplissez les trois lignes.

## Récapitulatif de l'année en cours par secteur et technique

Secteur(s)\*

Technique(s)\*

Octobre		
Novembre		
Décembre		
Janvier		
Février		
Mars		
Avril		
Mai		
Juin		
Juillet		
Août		
Septembre		

**\* Secteur(s) à sélectionner** (1 ou plus)

Thorax	Neuroradiologie	Tête et cou	Ostéo-articulaire	Sénologie
Abdomen	Pédiatrie	Urogénital	Cardiovasculaire	Interventionnel

**\* Technique(s) à sélectionner** (1 ou plus)

Conventionnel	Echographie	CT	Arthrographies	PET-CT
Echographie endocavitaire	Angiographie interventionnelle	IRM	Interventionnel non angio	Autres : précisez

*PS : Vous pouvez mentionner plusieurs techniques ou secteurs par mois au besoin, (en citant en premier les items prioritaire). Signalez vos absences de plus de 15 semaines, et mentionnez le motif : congé, grossesse, maladie, ....*

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

**Récapitulatif des prestations effectuées durant l'année en cours  
(Nombre d'examens effectués) ; centre de stage 1**

	Nombre d'examens auxquels vous avez assisté de façon passive	Nombre d'examens réalisés de façon active (comme premier opérateur)
Thorax conv		
Osseux conv		
Digestif baryté		
Uro conv- cystographies		
Echo abdominale		
Echo ostéoarticulaire		
Echo mammaire		
Echo vasculaire		
Echo endocavitaire vaginale		
Echo endocavitaire rectale		
Angio diagnostique		
Angio interventionnelle		
Interventionnel non angio		
Arthrographies		
Infiltrations		
Mammographie		
CT thorax		
CT abdomen		
CT osseux (sf rachis)		
CT rachis		
CT encéphale		
CT tête et cou		
CT angio		
CT cardiaque		
IRM thorax		
IRM abdomen		
IRM osseux (sf rachis)		
IRM rachis		
IRM encéphale		
IRM tête et cou		
IRM angio		
IRM cardiaque		
Autres (spécifier)		
<b>Total</b>		

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du maître de stage concerné :*

**Récapitulatif des prestations effectuées durant l'année en cours**  
**Centre de stage 2** (à ne pas remplir s'il n'y a eu qu'un centre de stage)

	Nombre d'examens auxquels vous avez assisté de façon passive	Nombre d'examens réalisés de façon active (comme premier opérateur)
Thorax conv		
Osseux conv		
Digestif baryté		
Uro conv- cystographies		
Echo abdominale		
Echo ostéoarticulaire		
Echo mammaire		
Echo vasculaire		
Echo endocavitaire vaginale		
Echo endocavitaire rectale		
Angio diagnostique		
Angio interventionnelle		
Interventionnel non angio		
Arthrographies		
Infiltrations		
Mammographie		
CT thorax		
CT abdomen		
CT osseux (sf rachis)		
CT rachis		
CT encéphale		
CT tête et cou		
CT angio		
CT cardiaque		
IRM thorax		
IRM abdomen		
IRM osseux (sf rachis)		
IRM rachis		
IRM encéphale		
IRM tête et cou		
IRM angio		
IRM cardiaque		
Autres (spécifier)		
<b>Total</b>		

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du maître de stage concerné :*

**Récapitulatif des prestations effectuées durant l'année en cours**  
**Centre de stage 3** (à ne pas remplir s'il n'y a eu que 2 centres de stage)

	Nombre d'examens auxquels vous avez assisté de façon passive	Nombre d'examens réalisés de façon active (comme premier opérateur)
Thorax conv		
Osseux conv		
Digestif baryté		
Uro conv- cystographies		
Echo abdominale		
Echo ostéoarticulaire		
Echo mammaire		
Echo vasculaire		
Echo endocavitaire vaginale		
Echo endocavitaire rectale		
Angio diagnostique		
Angio interventionnelle		
Interventionnel non angio		
Arthrographies		
Infiltrations		
Mammographie		
CT thorax		
CT abdomen		
CT osseux (sf rachis)		
CT rachis		
CT encéphale		
CT tête et cou		
CT angio		
CT cardiaque		
IRM thorax		
IRM abdomen		
IRM osseux (sf rachis)		
IRM rachis		
IRM encéphale		
IRM tête et cou		
IRM angio		
IRM cardiaque		
Autres (spécifier)		
<b>Total</b>		

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du maître de stage concerné :*

## Récapitulatif de l'année en cours pour les gardes, congrès et congés

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
octobre									
novembre									
décembre									
janvier									
février									
mars									
avril									
mai									
juin									
juillet									
août									
septembre									
<b>Total</b>									

A = Nombre de nuits de garde sur place

B = Nombre de nuits de garde appellable à domicile

C = Nombre de jours de congés \* (congé ordinaire + jours fériés inclus)

D = Nombre de jours de récupération \*

E = Nombre de jours d'absence pour maladie \*

F = Nombre de jours d'absence pour congé de maternité \*

G = Nombre de jours de congés scientifiques \*

H = Nombre de jours d'absence pour congés de circonstance (mariage, décès, etc...)\*

I = journées de travail effectives (en service, tant les jours ouvrables que fériés)\*

-----  
\* = jours de travail (1 par journée pleine, 0,5 par demi-jour)  
-----

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

### Récapitulatif de l'année écoulée :

1. participations passives aux staffs intra-muros de radiologie, inter- et multidisciplinaires auxquels vous avez assisté

2. présentations personnelles au cours de ces réunions

Intitulé du séminaire (participation passive)	Nombre de participations sur l'année	Centre de stage
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Nombre d'exposés que vous avez personnellement présentés durant ces séminaires intra-hospitaliers + titres et dates :

-  
-  
-  
-

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

**Récapitulatif de participation aux cours dans le cadre de la formation interuniversitaire en radiologie (par demi-journée)**

Intitulé de la formation	Date	Lieu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

## **Récapitulatif de l'année écoulée pour les participations aux réunions nationales et symposiums**

Intitulé du cours ou de la réunion	Date	Lieu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Nombre d'exposés que vous avez personnellement présentés durant ces réunions nationales + titre présentation + date + organisateur:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

## Récapitulatif de l'année écoulée pour les participations aux congrès nationaux et internationaux

Intitulé du congrès	Date	Lieu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Nombre d'exposés (oraux ou poster) que vous avez personnellement présentés durant ces congrès :

Titre de la présentation + poster ou exposé + date + organisateur

-

-

-

-

-

-

-

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

**Récapitulatif des activités scientifiques que vous avez initiées  
pendant l'année écoulée  
posters, publications, mémoires et autres travaux scientifiques**

Intitulé du sujet	Poster ? Publication ? Mémoire ? Autre ?	Centre de stage qui a initié le projet	Etes-vous pressenti comme 1 <sup>er</sup> auteur ? oui ? non ?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

**Récapitulatif des travaux scientifiques finalisés pendant l'année écoulée (exposés, posters, mémoires, publications et autres)**

Intitulé	exposé ? Poster ? Mémoire ? Publication ?	Lieu et date pour la communication, le poster ou le mémoire ; <u>ou bien</u> nom de la revue éventuelle	Centre de stage qui a initié le projet	Etes-vous 1 <sup>er</sup> auteur ? oui ? non ?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*Signature du candidat spécialiste :*

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*

## Auto-évaluation de votre niveau de formation (Connaissance, compétence et autonomie)

### avant et après l'année en cours

(Cochez une seule case « **avant** » et une seule case « **après** » par ligne)

	Aucune expérience <b>Avant/ Après</b>	Pas d'expérience suffisante <b>Avant/ Après</b>	Oui, mais avec supervision systématique <b>Avant/ Après</b>	Oui, avec supervision à la demande <b>Avant/ Après</b>	Autonome <b>Avant/ Après</b>
<b>Exemple</b>	<b>x/</b>	<b>/</b>	<b>/x</b>	<b>/</b>	<b>/</b>
Thorax conv	/	/	/	/	/
Osseux conv	/	/	/	/	/
Digestif baryté	/	/	/	/	/
Uro	/	/	/	/	/
Echo abdominale	/	/	/	/	/
Echo	/	/	/	/	/
Echo mammaire	/	/	/	/	/
Echo vasculaire	/	/	/	/	/
Echo endocavitaire	/	/	/	/	/
Echo endocavitaire	/	/	/	/	/
Angio diagnostique	/	/	/	/	/
Angio	/	/	/	/	/
Interventionnel non	/	/	/	/	/
Arthrographies	/	/	/	/	/
Infiltrations	/	/	/	/	/
Mammographie	/	/	/	/	/
CT thorax	/	/	/	/	/
CT abdomen	/	/	/	/	/
CT osseux (sf	/	/	/	/	/
CT rachis	/	/	/	/	/
CT encéphale	/	/	/	/	/
CT tête et cou	/	/	/	/	/
CT angio	/	/	/	/	/
CT cardiaque	/	/	/	/	/
IRM thorax	/	/	/	/	/
IRM abdomen	/	/	/	/	/
IRM osseux (sf	/	/	/	/	/
IRM rachis	/	/	/	/	/
IRM encéphale	/	/	/	/	/
IRM tête et cou	/	/	/	/	/
IRM angio	/	/	/	/	/
IRM cardiaque	/	/	/	/	/

Signature du candidat spécialiste :

signature du maitre de stage

## **Commentaires du candidat spécialiste par rapport à son auto-évaluation**

**Le candidat peut, ici, donner des explications par rapport à ses progrès au niveau de ses connaissances, compétences et autonomie, et ce pour une ou plusieurs parties reprises dans le tableau de la page précédente.**

Commentaires :

**Commentaires éventuels du ou des maîtres de stage sur l'auto-évaluation du candidat spécialiste, en cas d'analyse discordante**

*Signature du (des) maître(s) de stage concerné(s) :*



## **ANNEXES:**

- *Copies d'attestations de présence à toutes les activités de post-formation*
- *Autres attestations éventuelles*
- *Copies d'abstracts, exposés, posters, publications, ... (avec contributions actives et personnelles)*
- *Attestations avec évaluation du maître de stage*
  - du maître de stage par le candidat, joindre, dans une enveloppe fermée comme annexe à la version papier
  - du candidat par le maître de stage par courrier séparé

-----  
**Taper ci-dessous un récapitulatif du contenu des annexes (fait partie de votre C.V.)**

### **1. d'attestations de présence à toutes les activités de post-formation avec programme**

- Attestations de congrès, symposiums, réunions nationales, ...
- Attestations d'accréditation et attestations avec points EMC (Education Médicale Continue)

### **2. Autres attestations**

**3. Abstracts, exposés, posters, publications** (mettre le nom en évidence dans la copie jointe au moyen d'un marqueur fluorescent)

### **4. Attestation avec évaluation du maître de stage**