

SVUPP

ASEPA

ASEPP

Schweizerische  
Vereinigung für  
Ultraschall in der  
pädiatrischen Praxis

Associazione svizzera  
per l'ecografia nella  
pratica pediatrica

Association suisse  
pour l'échographie  
en pédiatrie  
ambulatoire

Weiterbildungspass

# Point of care Sonografie

Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium

# Informationen

## Kurse

Um den Fähigkeitsausweis (FA) «POCUS Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium» zu erreichen müssen folgende Kurse absolviert werden:

### Grundkurs pädiatrische Sonografie

- Ist aktuell für alle FA (Pädiatrische Sonografie, Hüftsonografie und POCUS) der gleiche. CAVE: alte Hüftkurse werden nicht anerkannt.
- Der Grundkurs der Erwachsenen Abdomen Sonografie gilt als äquivalent
- Supervidierte Untersuchungen dürfen erst nach dem Besuch des Grundkurses gesammelt werden

### POCUS- Kurs

- 2-tägiger Kurs kann nach dem Grundkurs absolviert werden.



## Untersuchungen

- Untersuchung = Befund + Bilder
- Supervision = direkt zusammen mit Supervisor untersucht oder bei fortgeschrittenen Befund Kontrolle der Bilder/Videos
- Supervisionen können auch über SVUPP Exchange erlangt werden

Welche Voraussetzungen müssen die Untersuchungen erfüllen?

- 200 Untersuchungen, davon 100 supervidierte Untersuchungen
- Es werden KEINE Untersuchungen beim Erwachsenen
- Inhaltlich keine Voraussetzungen über den Umfang pro Untersuchung. Es wird eine ausgewogene Mischung angestrebt.

## Fähigkeitsausweis

Um den eigentlichen Fähigkeitsausweis zu bekommen ist die Beantragung bei der SGUM notwendig. (Siehe die letzten Seiten)

- Facharzttitle

# Kurse

## Grundkurs

Kursleiter:in
Ort, Datum
Kursstunden

## POCUS Kurs

Kursleiter:in
Ort, Datum
Kursstunden

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Supervidierte Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention	Supervisor / Tutor / Kursleiter	Unterschrift
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Supervidierte Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention	Supervisor / Tutor / Kursleiter	Unterschrift
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Supervidierte Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention	Supervisor / Tutor / Kursleiter	Unterschrift
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Supervidierte Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention	Supervisor / Tutor / Kursleiter	Unterschrift
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Supervidierte Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention	Supervisor / Tutor / Kursleiter	Unterschrift
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					



## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Eigenständige Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Eigenständige Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Eigenständige Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Eigenständige Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			

## Fähigkeitsausweis POCUS

### Komponente Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium Eigenständige Untersuchungen

Nr.	Datum	Untersuchung	Hauptbefund / Intervention
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			



# Antrag für den Fähigkeitsausweis POCUS

Bitte beachten Sie, dass wir zur Bearbeitung Ihres Antrages folgende Unterlagen zwingend von Ihnen benötigen:

Unterlagen vorhanden:

**Ja    Nein    1. Bestätigungen**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestätigung Ihrer FMH-Mitgliedschaft   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eidgenössischer oder anerkannter ausländischer Facharzttitel   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Für Nicht-Schweizer: Anerkennungsbestätigung Ihres eidgenössisch anerkannten ausländischen Facharzttitels (Bundesamt für Gesundheit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beim Facharzt für Allgemeinmedizin aus Deutschland die Bestätigung über eine 5-jährige Weiterbildung in Allgemeinmedizin             |

## 2. Ultraschallausbildung/Weiterbildung

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ausbildungspass mit Nachweis der durchgeführten Kurse (Grundkurs min. 15h, POCUS-Kurs 17h) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestätigung von 200 Sonografien, davon 100 unter Supervision.                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ausgefülltes offizielles Antragsformular für den Fähigkeitsausweis Sonografie              |

Beim Fehlen von Dokumenten werden Ihre Unterlagen an Sie zurückgesandt mit der Bitte, diese zu vervollständigen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter [www.sgum-ssum.ch](http://www.sgum-ssum.ch), Rubrik Education/FA „Fähigkeitsprogramm“. Weitere Informationen sowie Kursausschreibungen erhalten Sie über die Sektion Pädiatrie SVUPP ([www.svupp.ch](http://www.svupp.ch)).

Ich erfülle gemäss beiliegendem Weiterbildungsformular die Voraussetzungen für den Fähigkeitsausweis.

Ich bestätige, die Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben und bin bereit, auf Anfrage die dokumentierten Sonografien zur Kontrolle zur Verfügung zu halten.

Interesse an Tätigkeit als Ausbilder/ Kursleiter?     Ja                       Nein

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Antrag

**Erwerb des Fähigkeitsausweises POCUS:**

**Komponente 9 Pädiatrie Praxis / Notfallstation / Ambulatorium**

**Aufnahme in die SGUM und in die Sektion/en:**

ICAN

Allgemeine Innere Medizin \*

Pädiatrie

Herz

Bewegungsapparat \*

Gefässe \*

Thorax

Ich verzichte auf eine Mitgliedschaft in der SGUM

## Personalien

Name:

Vorname:

GLN-Nummer:

Geburtsdatum:

E-Mail (zwingend):

Titel: Dr. med.

Facharzttitel:

seit (Jahr):

## Spital/Praxis:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

## Privat:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Telefon / Mobile:

## Voraussetzungen:

- Grundlagen der Sonografie
- Grundkurs der entsprechenden Komponente gemäss Fähigkeitsprogramm
- Anzahl durchgeführte Ultraschalluntersuchungen gemäss Fähigkeitsprogramm
- zusätzlich die geforderte Anzahl selbstständig durchgeführte Untersuchungen

*\* Mitgliedschaft nur als Inhaber des Fähigkeitsausweises Sonografie des entsprechenden Moduls möglich*

## Die Bestätigung vom Tutor/Kursleiter FA POCUS

Datum:

Name:

Vorname:

Hiermit bestätige ich, dass der Antragsteller / die Antragstellerin, die Lernziele dieser Komponente erfüllt.

Unterschrift Tutor/Kursleiter Komponente:

## Erklärung:

Ich erfülle alle Voraussetzungen zur Erlangung des Fähigkeitsausweises POCUS der entsprechenden Komponente. Die Kopien der absolvierten Kurse liegen bei, wie auch die Bestätigung der supervidierten Ultraschalluntersuchungen. Ich bin bereit, auf Anfrage die eigenen dokumentierten Sonografien zur Kontrolle zur Verfügung zu halten.

Datum:

Unterschrift Antragsteller/in:



## Antrag einreichen:

Bitte den Antrag, mit den oben Aufgeführten Unterlagen und dem ausgefüllten Logbuch unterschrieben einsenden an:

**SVUPP Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der Pädiatrie**  
**Manuela Honegger**  
**Marktgasse 13**  
**4900 Langenthal**