

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'HABILITATION POUR PRESCRIRE CERTAINS MÉDICAMENTS DE FAÇON AUTONOME POUR LES SAGES-FEMMES

**À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR (en majuscules s.v.p.)**

(\*) Remplir obligatoirement     Marquez d'une croix ce qui convient.

### (\*) 1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

(*) Nom <sup>1</sup> :											
(*) Prénoms :											
(*) Adresse :								(*) N° :		Bte :	
(*) Code postal :		(*) Commune :									
Pays :											
Téléphone :						GSM :					
E-mail :						Fax :					
(*) Sexe :	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	(*) Nationalité :				(*) Langue :		
(*) Pays et lieu de naissance :								(*) Date de naissance :			
(*) Numéro de registre national :	_ _ . _ _ . _ _ - _ _					N° BIS <sup>(#)</sup> :	_ _ _ _ _				

<sup>(#)</sup> A remplir uniquement si vous ne disposez pas d'un numéro du registre national

### ADRESSE DE CONTACT (à compléter si elle diffère de l'adresse habituelle)

Adresse :								N° :		Bte :	
Code postal :		Commune :									
Pays :											
Téléphone :						Fax :					

**Joindre à cela une copie recto-verso de votre carte d'identité**

<sup>1</sup> Mentionner uniquement le nom qui figure sur votre carte d'identité.

**2. VOUS ÊTES PORTEUR DU TITRE PROFESSIONNEL DE SAGE-FEMME ET VOUS CORRESPONDEZ AUX CRITÈRES SUIVANTS**

- a) Vous êtes porteur du titre professionnel de sage-femme ;
- b) Le programme de votre formation de base de sage-femme englobait:
  - un module de formation en pharmacologie générale ;
  - un module de formation d'au moins 30 heures effectives, correspondant à 3 crédits ECTS, en pharmacologie appliquée spécialisée relative à l'exercice professionnel spécifique de sage-femme et la liste des médicaments que les sages-femmes ont le droit de prescrire de façon autonome ;
  - un module de formation tératologie ;
  - un module de formation toxicologie.

**SI VOTRE FORMATION DE BASE DE SAGE-FEMME N'INCLUAIT PAS LES MODULES REQUIS CI-DESSUS, CONTINUEZ VERS LE CADRE 3.**

- c) L'annexe à votre diplôme de sage-femme démontre que :
  - le programme de formation de sage-femme que vous avez suivi englobait bien les modules de formation mentionnés au point b) ;
  - vous avez réussi avec fruit l'examen relatif au module de formation en pharmacologie appliquée spécialisée.

**SI VOUS RÉPONDEZ AUX POINTS MENTIONNÉS CI-DESSUS, COMPLÉTEZ UNIQUEMENT LE CADRE 4.**

**3. VOUS ÊTES PORTEUR DU TITRE PROFESSIONNEL DE SAGE-FEMME MAIS VOUS NE CORRESPONDEZ PAS AUX CRITÈRES DU POINT 2**

- a) Vous êtes porteur du titre professionnel de sage-femme ;
- b) Après l'obtention de votre titre professionnel de sage-femme vous avez suivi une formation complémentaire d'au moins 30 heures effectives, correspondant à 3 points ECTS, en pharmacologie appliquée spécialisée relative à l'exercice professionnel spécifique de sage-femme et la liste des médicaments que les sages-femmes ont le droit de prescrire de façon autonome.
- c) Vous pouvez prouver ceci au moyen d'une attestation délivrée par un institut d'enseignement, que vous avez réussi avec fruit l'examen relatif au module de formation en pharmacologie appliquée spécialisée.

**SI VOUS RÉPONDEZ AUX POINTS MENTIONNÉS CI-DESSUS, COMPLÉTEZ LE CADRE 4 ET LE CADRE 5.**

**4. LE DIPLÔME DE SAGE-FEMME QUE VOUS AVEZ OBTENU**

Intitulé de votre diplôme :

Date du diplôme :

Institut d'enseignement où vous avez suivi cette formation :

Nom :

Adresse :

N° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

e-mail :

Joignez à votre demande une copie de votre diplôme ainsi que ses annexes (listes des cours et résultats obtenus)

**5. LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE QUE VOUS AVEZ SUIVIE EN PHARMACOLOGIE APPLIQUÉE SPÉCIALISÉE RELATIVE À L'EXERCICE PROFESSIONNEL SPÉCIFIQUE DE SAGE-FEMME ET LA LISTE DES MÉDICAMENTS QUE LES SAGES-FEMMES ONT LE DROIT DE PRESCRIRE DE FAÇON AUTONOME**

Intitulé de votre diplôme, certificat ou attestation :

Date du diplôme, du certificat ou de l'attestation :

Institut d'enseignement où vous avez suivi cette formation :

Nom :

Adresse :

N° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

e-mail :

Joignez à votre demande une copie du diplôme, certificat ou attestation obtenu au terme de cette formation complémentaire en pharmacologie appliquée

Renvoyez ce formulaire ainsi que les pièces justificatives au :

**SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**  
DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTE  
SERVICE AGREMENT DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTE  
EUROSTATION II –Place Victor Horta 40, boîte 10 - 1060 Bruxelles  
-----

(\*) **Date :**

\_\_\_\_\_

(\*) **Prénom + nom :**

\_\_\_\_\_

**Je déclare avoir rempli ce formulaire conformément à la vérité.**

(\*) **Signature :**

\_\_\_\_\_

(\*) Remplir obligatoirement.