

Formulaire de pré-inscription : DIU ETUS

1^{ère} année d'inscription 2^{ème} année 3^{ème} année 4^{ème} année 5^{ème} année

Je soussigné(e) : M Mme

Nom : _____ Nom d'épouse : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Nationalité : Française Union Européenne, précisez : _____ Autres, précisez : _____

Région de rattachement pour l'inscription et les examens :

Est Ile De France Nord Ouest Rhône Alpes Sud Est Sud Ouest

Cadre réservé à l'administration

Qualité :

Médecin généraliste Médecine spécialiste, précisez la spécialité : _____
 Secteur d'activité public Secteur d'activité privé

CCA / AH DES DFMS / DFMSA ➔ nombre de semestre validés : _____

Mention demandée :

D.I.U d'échographie spécialisée (TC+1) : 1 module dans le domaine de la spécialité
 D.I.U d'échographie générale (TC+4) : 4 modules sur minimum 2 ans
➔ Pour les candidats hors UE : examen probatoire obligatoire (sauf dérogation du coordonnateur)
➔ Dispense du tronc commun pour le DES de radiodiagnostic & imagerie médicale

Pièces à joindre au dossier :

Lettre de motivation et exposé du projet professionnel en lien avec la formation CV professionnel
 Acceptation de terrain de stage (20 vacations tronc commun et 40 vacations par modules)

MODULES CHOISIS :

- ➔ Noter uniquement ceux pour l'année universitaire à venir avec terrain de stage validé
➔ Accessible uniquement en formation complémentaire, après validation du DIU TC+4

Maquette « échographie générale » : 4 modules	Maquette « échographie spécialité » : 1 module
<input type="checkbox"/> Abdomen et digestif (obligatoire)	<input type="checkbox"/> Abdomen et digestif
	<input type="checkbox"/> Echographie Clinique Appliquée aux Urgences (Diplôme CAMU, DESC ou DES de médecine d'urgence + travailler dans une unité équipée d'un appareil d'écho)
<input type="checkbox"/> Echographie endocrinienne et cervicale	<input type="checkbox"/> Echographie endocrinienne et cervicale
<input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Vasculaire
<input type="checkbox"/> Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Pédiatrie
<input type="checkbox"/> Appareil urinaire et génital masculin	<input type="checkbox"/> Appareil urinaire et génital masculin
<input type="checkbox"/> Cardiologie + accord du référent national du DIU d'échocardiologie	<input type="checkbox"/> Appareil locomoteur (radiologue, médecin du sport ou rhumatologue)
<input type="checkbox"/> Gynécologie	

Certifié exact, le,

Signature du candidat :

Avis du coordonnateur local du DIU ETUS : Favorable Défavorable

Nom, prénom et signature :

Cadre réservé à l'administration