

# **ACCORD DE PARTENARIAT**

**Entre l'étudiant.e IPS de la Maîtrise universitaire ès Sciences en  
pratique infirmière spécialisée MScIPS**

**et**

**Le.la médecin référent.e**

UNIVERSITE DE LAUSANNE

Faculté de biologie et de médecine  
Institut universitaire de formation et de recherche en soins

Décembre 2023

## **Préambule**

Le partenariat désigne l'entente formelle et par écrit d'une collaboration entre l'étudiant.e du MScIPS et un médecin ayant une expertise clinique dans le domaine d'orientation choisi.

Le rôle et les activités du.de la médecin référent.e sont précisés dans le document « Directive du médecin référent ».

Par leur signature, l'étudiant.e IPS et le médecin référent attestent avoir pris connaissance de la « Directive du médecin référent » qui s'applique, relativement à l'entrée académique du cursus MScIPS.

## **Durée de l'accord**

La durée de l'accord s'étend sur la durée des études de l'étudiant.e inscrit.e à la Maîtrise universitaire ès Sciences en pratique infirmière spécialisée MScIPS, soit 4 semestres en temps plein ou 8 semestres en temps partiel.

## **Mesures particulières**

En cas d'incompatibilité grave, d'un conflit ou d'un autre problème survenant entre l'étudiant.e IPS et le.la médecin référent.e, le.la responsable du Programme MScIPS décide des mesures à prendre.

## Partenariat signé avec un.e médecin référent.e

Par leur signature, l'étudiant.e IPS et le médecin référent attestent avoir pris connaissance de la « Directive du médecin référent » qui s'applique, relativement à l'année de l'entrée académique du cursus MScIPS.

### Etudiant.e MScIPS

|  |  |
|--|--|
| Nom et prénom  |  |
| Employeur, service clinique (contact)                    |  |
| Orientation MScIPS                                       |  |
| Début du cursus (année) et fin prévue (année)            |  |
| Modalité de formation (à temps plein ou à temps partiel) |  |
| Date et signature :                                      |  |

### Médecin référent.e

|  |  |
|--|--|
| Nom et prénom (titre si applicable)  |  |
| Affiliation au corps enseignant de la FBM (ou autre Faculté de médecine romande) ? |  |
| Employeur (si applicable)  |  |
| Spécialité clinique  |  |
| Date et signature :  |  |