



## Inscription sur la liste des groupes cardio de la Fondation Suisse de Cardiologie

### Modalités d'inscription

Organisations partenaires de la Fondation Suisse de Cardiologie, les groupes cardio sont soutenus dans leur communication. Ils restent en revanche indépendants du point de vue financier et juridique.

Vos données sont publiées dans la liste des groupes cardio de la Fondation Suisse de Cardiologie, à l'adresse [www.swissheartgroups.ch](http://www.swissheartgroups.ch). L'exactitude des données est sous la responsabilité de la personne qui dépose la demande d'inscription. La Fondation Suisse de Cardiologie décline toute responsabilité à cet égard. Le/la médecin responsable et le/la cardiologue responsable prennent en charge et assurent la qualité du travail du groupe.

Le fait de ne pas remplir, ou insuffisamment, certaines questions supprime tout droit à l'admission sur la liste des groupes. En font partie les points suivants:

- Coordonnées de la/du médecin responsable
- Coordonnées du/de la responsable du programme d'activité physique (diplôme de cardiologue SCPRS ou formation équivalente)
- Programme d'activité physique
- Concept de sécurité et d'urgence

### Mise à jour des renseignements

Les groupes cardio inscrits se chargent eux-mêmes de la mise à jour de leurs données en se connectant à l'adresse [www.swissheartgroups.ch](http://www.swissheartgroups.ch). Après publication de votre groupe sur le site Internet, vous recevrez un lien d'activation par e-mail.

Nous vous prions de remplir et signer le formulaire interactif en ligne et de nous le renvoyer par e-mail à l'adresse indiquée ci-dessous. Pour confirmation de l'exactitude des renseignements, nous vous prions de signer la page 10 et de nous la renvoyer par e-mail ou par courrier à l'adresse:

Fondation Suisse de Cardiologie  
Secteur patients/groupes cardio  
Dufourstrasse 30  
Case postale  
3000 Berne 14

[info@swissheartgroups.ch](mailto:info@swissheartgroups.ch)



---

## Sommaire

(avec lien direct vers les pages)

---

Données générales du groupe	<b>Nom, lieu, membres, concept, offres</b>	<b>3</b>
Renseignements sur les personnes	<b>Interlocuteur, médecin</b>	<b>4</b>
Renseignements sur les personnes	<b>Responsable du groupe, thérapeute</b>	<b>6</b>
Renseignements sur les personnes	<b>Thérapeute</b>	<b>7</b>
Activités du groupe	<b>Catégorie, titre, jour de la semaine, heure, salle</b>	<b>8</b>
Confirmation		<b>10</b>

---



### Données générales du groupe

<b>Nom du groupe *</b>	
<b>Localité/canton*</b>	
<b>Site web</b>	
<b>Année de création*</b>	
<b>Forme d'organisation</b>	
<b>Nombre de membres</b>	
<b>Concept de sécurité et d'urgence</b>	<p>Le groupe cardio dispose d'un concept de sécurité et d'urgence qui a été autorisé par le médecin responsable.*</p> <p>Oui          Non</p> <p>Le groupe cardio dispose d'un défibrillateur automatique externe (DAE) qui est régulièrement révisé.*</p> <p>Oui          Non</p>
<b>Offres</b>	<p>Exposés</p> <p>Conseils en diététique</p> <p>Conseil à l'arrêt du tabac</p> <p>Gestion du stress/techniques de relaxation</p> <p>Autres programmes</p>
<b>Coûts en CHF*</b>	<p>par unité d'entraînement</p> <p>par trimestre</p> <p>par semestre</p> <p>par année</p> <p>autres modalités</p> <p>Remarques (p. ex. réductions)</p>

\* Champs obligatoires



## Renseignements sur les personnes

### Interlocuteur/interlocutrice

Prénom, nom\*

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone\* Professionnel

Mobile

E-mail\*

### Médecin 1

Prénom, nom\*

Cabinet médical/  
hôpital/service

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone Professionnel

Mobile

E-mail

Formation

FMH: cardiologie

FMH: autre

Formation: responsable de  
groupes cardio SCPRS

Responsable de réadaptation de phase II

Autres qualifications

\* Champs obligatoires



## Renseignements sur les personnes

### Médecin 2

**Prénom, nom\***

**Cabinet médical/  
hôpital/service**

**Rue/n°\***

**NPA/localité\***

**Téléphone** Professionnel

Mobile

**E-mail**

**Formation**

FMH: cardiologie

FMH: autre

Formation: responsable de  
groupe cardio SCPRS

Responsable de réadaptation de phase II

Autres qualifications

\* Champs obligatoires



## Renseignements sur les personnes

### Responsable du groupe

Prénom, nom\*

Cabinet médical/  
hôpital/service

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone\* Professionnel

Mobile

E-mail\*

Formation\*

Responsable de réadaptation de phase II

Cardiothérapeute SCPRS

Physiothérapeute

Dipl. sciences du mouvement et du sport

Maître-esse d'éducation physique et sportive

Autres qualifications

\* Champs obligatoires

### Thérapeute 1

Prénom, nom\*

Cabinet médical/  
hôpital/service

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone\* Professionnel

Mobile

E-mail\*

Formation\*

Responsable de réadaptation de phase II

Cardiothérapeute SCPRS

Physiothérapeute

Dipl. sciences du mouvement et du sport

Maître-esse d'éducation physique et sportive

Autres qualifications

Retour

Suite

\* Champs obligatoires



## Renseignements sur les personnes

### Thérapeute 2

Prénom, nom\*

Cabinet médical/  
hôpital/service

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone\* Professionnel

Mobile

E-mail\*

Formation\*

Responsable de réadaptation de phase II

Cardiothérapeute SCPRS

Physiothérapeute

Dipl. sciences du mouvement et du sport

Maître-esse d'éducation physique et sportive

Autres qualifications

\* Champs obligatoires

### Thérapeute 3

Prénom, nom\*

Cabinet médical/  
hôpital/service

Rue/n°\*

NPA/localité\*

Téléphone\* Professionnel

Mobile

E-mail\*

Formation\*

Responsable de réadaptation de phase II

Cardiothérapeute SCPRS

Physiothérapeute

Dipl. sciences du mouvement et du sport

Maître-esse d'éducation physique et sportive

Autres qualifications

Retour

Suite

\* Champs obligatoires



## Activités du groupe cardio

### Activité 1

<b>Catégorie*</b>	Aquafitness Fitness Gymnastique Activités en plein air Randonnées Autres <input type="text"/>
<b>Titre*</b>	
<b>Jour de la semaine*</b>	
<b>Heure*</b>	
<b>Lieu/adresse*</b>	
<b>Salle/détails</b>	

\* Champs obligatoires

### Activité 2

<b>Catégorie*</b>	Aquafitness Fitness Gymnastique Activités en plein air Randonnées Autres <input type="text"/>
<b>Titre*</b>	
<b>Jour de la semaine*</b>	
<b>Heure*</b>	
<b>Lieu/adresse*</b>	
<b>Salle/détails</b>	

\* Champs obligatoires





## Activités du groupe cardio

### Activité 3

<b>Catégorie*</b>	Aquafitness Fitness Gymnastique Activité en plein air Randonnées Autres <input type="text"/>
<b>Titre*</b>	
<b>Jour de la semaine*</b>	
<b>Heure*</b>	
<b>Lieu/adresse*</b>	
<b>Salle/détails</b>	

\* Champs obligatoires

### Activité 4

<b>Catégorie*</b>	Aquafitness Fitness Gymnastique Activités en plein air Randonnées Autres <input type="text"/>
<b>Titre*</b>	
<b>Jour de la semaine*</b>	
<b>Heure*</b>	
<b>Lieu/adresse*</b>	
<b>Salle/détails</b>	

\* Champs obligatoires



## Confirmation

Merci de nous envoyer la confirmation signée, soit par e-mail, soit par courrier à:

Fondation Suisse de Cardiologie  
Secteur patients/groupes cardio  
Dufourstrasse 30  
Case postale  
3000 Berne 14  
info@swissheartgroups.ch

---

Nom du groupe\*

---

Prénom, nom\*

---

Lieu, date

Signature

---

\* Champs obligatoires