

Rapport individuel d'activités : personnel non pris en charge par l'hôpital

Nom :

Profession :

**Pourcentage du temps consacré à
la mucoviscidose :**

**Y a-t-il eu changement de
professionnel dans l'année :**

BILAN QUALITATIF et QUANTITATIF

Bilan qualitatif

ACTIVITÉ CLINIQUE

Critères d'inclusion au programme
--

A la demande du patient ou des parents A la demande de l'équipe pluridisciplinaire A l'occasion du bilan annuel A l'occasion d'hospitalisation

Nombre de patients entrants dans la session (année écoulée) :

Nombre de patients sortants dans la session (année écoulée) :

Description des séances / sessions d'entraînements :

Présentation de l'activité aux patients ? (Indiquez un nombre réalisé) :

Temps moyen de la séance (en min) :

Combien de séances au total ont été réalisées à l'hôpital :

Combien de séances au total en 'visio' :

**Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), entre 2
séances et 6 séances :**

**Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), plus de 12
séances :**

Nombre de séances en collectif (2 Patients ou plus) intérieur/extérieur :

Nombre de suivi téléphoniques :

Avez-vous accompagné des patients/parents lors de programmes d'éducation thérapeutique ?

Précisez votre rôle :

Votre poste nécessite-il du temps de coordination ?

Si oui, évaluer le temps sur 35h :

Votre poste nécessite-il du temps de déplacement toutes missions confondues ?

INTÉGRATION DANS UNE ÉQUIPE/UN RÉSEAU/UN COLLECTIF

Participez-vous aux réunions pluridisciplinaires ?

Précisez votre rôle :

Avez-vous des liens avec des professionnels de ville ?

Précisez votre rôle :

Participez-vous à une activité de réseau/lien centre transplantation/Autre CRCM ?

Précisez votre rôle :

Participation aux journées/congrès

Journées Vaincre la Mucoviscidose
Journées Scientifiques de la Mucoviscidose
JFM
Réseaux de soins muco
Congrès ECFS
Congrès SPLF
Congrès C FA
Congrès SFP
Congrès SFT
Journée laboratoires