

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

---

**Nom :**

**Profession :** EAPA

**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 ? :**

**Nombre de patients mis en contact avec l'EAPA pendant  
l'année : Nombre de patients ayant réalisés un programme de réentraînement à  
l'effort/coaching :**

**Nombre de Patients que vous avez accompagné dans le cadre de réentraînement à  
l'effort/coaching :**

**Combien de Patients ont développé leur autonomie face une problématique définie par votre  
centre ? :**

**Combien de patients ont repris une activité physique sportive régulière à la suite de séances  
avec  
l'EAPA ? :**

**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