

Rapport individuel d'activités EAPA

GÉNÉRAL

Nom : NOM Prénom

Profession : EAPA (poste eapa)

Pourcentage du temps consacré à la mucoviscidose : (ex: 50 pour 50%) 00

Commentaire : azeaeae

Le poste financé par Vaincre a-t-il été repris par l'établissement ? Oui

Si oui, à quel % ETP : 00
(ex: 50 pour 50%)

Bilan qualitatif de l'EAPA sur l'année

Le bilan qualitatif permet de décrire votre activité (description des activités réalisées, actions spécifiques cette année, difficultés que vous

Nombre total de patients différents vus en bilan ou en consultation : 0

SÉANCES D'APA

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

autres critères d'inclusion au programme

- Nombre total de patients suivis dans un programme d'APA par l'EAPA du CRCM

Total : 00

- Nombre de patients ayant effectué des séances au CRCM et / ou en cours d'hospitalisation

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de patients ayant effectué des séances en visio

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de patients ayant effectué un « programme court » (moins de 6 séances, hors bilan) à domicile / à l'extérieur

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de patients ayant effectué un « programme long » (plus de 6 séances, hors bilan) à domicile / à l'extérieur

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de patients ayant bénéficié d'un suivi « en autonomie » (programme proposé par l'EAPA, réalisé par le patient en autonomie et suivi par l'EAPA par téléphone ou mail)

Total : 00

- Nombre total de séances réalisées : 00

- Nombre de séances réalisées au CRCM et / ou en cours d'hospitalisation

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de séances réalisées en visio

En individuel : 00

En collectif : 00

- Nombre de séances réalisées au domicile / à l'extérieur (ayant nécessité un déplacement)

En individuel : 00

En collectif : 00

- Temps moyen de la séance (en min) : 000

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

Précisez votre rôle :

COORDINATION / LIEN

**Nombre de patients ayant bénéficié
d'une coordination / orientation avec
un club sportif ou un intervenant
extérieur au CRCM :** 000

Participez-vous aux réunions pluridisciplinaires ? Oui

Précisez votre rôle :

Votre poste nécessite-il du temps de coordination ? Oui

Si oui, combien de temps par semaine en moyenne : (moins de 1h / entre 1h et 3h / entre 3h et 5h / plus de 5h)

Votre poste nécessite-t-il du temps de déplacement pour les suivis à domicile ? Oui

Si oui, combien de temps par semaine en moyenne : (moins de 1h / entre 1h et 3h / entre 3h et 5h / plus de 5h)

Avez-vous des liens avec des professionnels de ville ? Oui

Précisez votre rôle :

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

Précisez votre rôle :

VALORISATION / FORMATION

Participation aux journées/congrès

Journées Vaincre la Mucoviscidose
Journées Scientifiques de la Mucoviscidose
Journées Francophones de la Mucoviscidose (JFM)
Réseaux de soins muco
Congrès ECFS
Congrès SPLF
Congrès CFA
Congrès SFP
Congrès SFT
Journée laboratoires
Journées GETHEM

autres journées/congrès

Etes-vous intervenu dans l'un de ces congrès ? Oui

Etes-vous intervenu dans des formations (IFSI, fac...) ? Oui

Participez-vous à la rédaction d'articles - ou autre - pour valoriser votre activité ? Oui

Participez-vous à des études cliniques ? Oui

Participez-vous à d'autres types de projets ? Oui

Si oui précisez : Autres types de projet

Temps annuel pour ces activités de valorisation / formation (en heures)

**Présentiel (préparation, visio, réunion,
participation, compte-rendu...) :** 000

Temps de trajets éventuels : 00