

NOM DU TERRAIN DE STAGE :

Adresse :

CP : **VILLE :**

Code APE : **SIRET :**

Type d'établissement : Administration Association Entreprise privée
 Entreprise publique ONG Autre :

Statut juridique : EURL SARL SA SAS SNS Profession Libérale
 SNC SCOP Autre :

Effectif : 1 à 9 10 à 49 50 à 199 200 à 999 1000 et +

Lieu de mise en stage (si adresse différente) :

Nom de la personne responsable des stages :

Fonction :

Email : @ ☎

Autres commentaires utiles pour l'établissement de la convention :

Renseignements concernant le service d'accueil des stagiaires

Nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans le service :

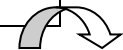
Titre et nombre d'autres professionnels de santé :
.....
.....
.....
.....

Horaires d'ouverture du service :

Nombre de salle de soins individuels : **Salle collective de rééducation ?** OUI NON

Activité : Libérale Court séjour (CH/Clinique) Moyen séjour (CRF/SSR) Autre :

Champs cliniques pratiqués sur le lieu de stage <i>(voir consignes en page 2)</i>	Nombre approximatif de patients par an
Musculo-squelettique (MS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Neuro-musculaire (NM) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Tégumentaire, Interne, Cardio-Respiratoire (TICR) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Spécialités <i>(pathologies les plus fréquemment rencontrées) :</i>
.....
.....
Formations techniques spécifiques faites après D.E :
.....
.....



Avez-vous déjà accueilli des étudiants en MK ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser de quelle école ?

Avez-vous déjà suivi une formation au tutorat de stage ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser avec quel organisme ? Merci de nous joindre un justificatif.

Remarques :

.....

.....

Possibilité de loger l'étudiant : Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le nom et les coordonnées de la personne à contacter :

.....

Je soussigné(e),, certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Date :

Signature et cachet de l'établissement,

Quelques précisions pour compléter les informations relatives aux champs cliniques et à votre activité

Les champs cliniques : Les étudiants doivent avoir pratiqué dans chacun des trois champs cliniques mentionnés à la fin de M1 (voir texte du BO Santé – Protection sociale – Solidarité N° 2015/8 du 15 septembre 2015, pages 271, 282, 290, 300 et 305, [accessible en ligne](#)).

Ces champs cliniques sont définis en fonction de la classification diagnostique médicale définissant les pathologies telles qu'elles étaient abordées dans l'ancien programme (décret N° 89-633 du 5 septembre 1989) dans le cadre des « modules ».

Vous devez cocher la case qui convient (oui/non) de ces trois champs cliniques en fonction **de la proportion la plus importante** de patients correspondants dans votre activité. Ainsi par exemple, si vous prenez en charge de temps à autres seulement des patients atteints de pathologies neurologiques, vous devez cocher « non » dans le champ neuro-musculaire. En effet, ce qui compte pour les étudiants, ce sont les champs cliniques les plus fréquemment rencontrés dans votre pratique pour qu'ils puissent eux-mêmes pratiquer suffisamment fréquemment dans le champ clinique considéré. Deux ou trois prises en charges occasionnelles ne suffisent pas à valider l'exercice dans un champ.

Votre activité : Nous vous demandons ici de qualifier votre *type d'activité* (et non pas votre statut juridique). Vous pouvez par exemple être kinésithérapeute « libéral » mais exercer majoritairement au sein d'une clinique (MCO) auprès de patients en post-opératoire (traumatologie par exemple). Vous devez dans ce cas cocher l'activité « CH/Clinique » comme activité principale. De même, si vous exercez à l'hôpital (ou en clinique) mais que votre activité se déroule dans un service de SSR, vous devez cocher « CRF/SSR ». La distinction entre « CRF/SSR », « hôpital » et « libéral » porte donc uniquement sur **le type de prise en charge des patients** à partir de critères tels que :

- La DMS (courte en MCO à l'hôpital ou en clinique, plus longue en SSR ou en CRF),
- L'environnement d'exercice (cabinet privé « libéral », structure d'hospitalisation complète de court ou long séjour, hospitalisation de jour, prise en charge à domicile, EHPAD...),
- L'existence d'un plateau technique de rééducation/réadaptation et la présence d'équipement spécialisé (plateforme de stabilométrie, AQM, appartement modulaire d'évaluation de l'autonomie, simulateurs de conduite...),
- La prise en charge pluri-disciplinaire coordonnée et variée dans le champ de la rééducation (pas seulement des soins) avec des orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, APA...

CONTACTER LE POLE STAGE

Responsable pédagogique de la formation clinique et des stages
Guillaume KAMIN stages.eukcvl@univ-orleans.fr

Gestionnaire de stage
Cécile SERVOIN cecile.servoin@univ-orleans.fr

☎ 02.38.41.76.78