

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TERRAIN DE STAGE

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 :

Date du diplôme d'état : [Joindre une copie de votre diplôme](#)

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
<u>Spécialités</u> <i>(pathologies les plus fréquemment rencontrées)</i> :
.....
.....
<u>Formations techniques spécifiques faites après D.E</u> :
.....
.....



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 ? Date de la formation : ...

Merci de nous joindre l'attestation de stage ou le justificatif de la formation suivie

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 pluridisciplinaire coordonnée et variée dans le champ de la rééducation (pas seulement des soins) avec des orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, APA...

CONTACTER LE POLE PROFESSIONNALISATION

stages.eukcvl@univ-orleans.fr

Marc-Antoine GILLOIR : Responsable pédagogique des stages marc-antoine.gilloir@univ-orleans.fr

Isabelle FAUCHIER : Responsable du pôle professionnalisation isabelle.fauchier@univ-orleans.fr

Nicole LE BOURHIS : Gestionnaire des stages nicole.le-bourhis@univ-orleans.fr

Isabelle FEIGNON-BODINIER : Suivi formation tutorat isabelle.feignon-bodinier@univ-orleans.fr