

Création d'équipes mobiles de ville Covid Questionnaire d'appel à candidatures

Si vous êtes intéressé(e) par le dispositif, merci de répondre aux questions suivantes :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Téléphone :	
E-mail :@.....	

1) Quelle est votre profession ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biologiste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Orthoptiste |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue |
| <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="radio"/> Spécialiste en Médecine Générale | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Autre spécialiste, précisez : | |

- VOTRE EXPERIENCE – VOS COMPETENCES

2) Avez-vous suivi des formations développant des compétences utiles dans la relation d'aide, l'accompagnement de personnes ? (Entretien motivationnel...)

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

-
-
-

3) Êtes-vous formés à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ?

- Oui Non

Si oui, quel est votre niveau de formation ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sensibilisation < 40h00 | <input type="checkbox"/> Diplôme Universitaire (DU) ETP |
| <input type="checkbox"/> Niveau 1 = 40h (dispensation) | <input type="checkbox"/> Master ETP |
| <input type="checkbox"/> Niveau 2 = 80h (coordination) | |

Organisme de formation :

4) Quelles sont vos expériences professionnelles qui pourraient être utiles au projet (Animation de groupe, action de prévention, action spécifique covid-19 ?) ? En précisant leur durée/fréquence.

-
-
-

- VOS DISPONIBILITES

- Sur la base de la durée moyenne estimée pour 1 accompagnement (1h30), combien d'accompagnement(s) pensez-vous être en capacité d'assurer par semaine ?

- Moins de 3 Entre 3 et 5 Entre 5 et 10 Plus de 10

- Seriez-vous disponible pour réaliser des accompagnements le samedi ?

- Oui
 Non

- VOS MOTIVATIONS

6) Pour quelles raisons souhaitez-vous intégrer ce dispositif ?

.....
.....
.....
.....

Autres précisions utiles concernant votre candidature :

.....
.....
.....
.....
.....

Pour rappel, nous envisageons que ces équipes mobiles de ville puissent être organisées en binôme. Ainsi, pouvez-vous nous préciser si vous postulez à titre individuel, ou en binôme.

- Individuel
 Binôme : Précisez :

NOM : PRENOM :

Attention, ce questionnaire est également à compléter par le binôme.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à l'ensemble des questions.

Merci de retourner ce questionnaire au plus tôt,

par mail (julie.anzallo@urpsml-hdf.fr)

par courrier :

URPS Médecins - 11, square Dutilleul - 59800 – LILLE

Tél : 03 20 14 93 37 – Fax : 03 20 14 93 31

Ou via le lien suivant :

https://www.sphinxonline.com/surveyserver/s/URPSMedecins5962/Equipes_Mobiles_Covid/questionnaire.htm