

ENQUÊTE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Groupe Éducation Thérapeutique en Gériatrie - SFGG

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE :

Hôpital.....

Service et pôle.....

Autre structure.....

PREMIÈRE PARTIE : PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

AVEZ-VOUS DEVELOPPÉ UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE STRUCTURE ?

OUI NON

Si **OUI**, merci de fournir une fiche par programme

FICHE PROGRAMME

INTITULÉ DU PROGRAMME D'ETP

.....

.....

NOM ET COORDONNÉES DU RESPONSABLE DU PROGRAMME

.....

.....

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS LE PROGRAMME

.....

.....

PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) PRISE(S) EN CHARGE PAR LE PROGRAMME D'ETP :

.....

.....

OBJECTIF(S) DU PROGRAMME

- Quels sont les objectifs généraux du programme d'ETP ? (que la personne soit capable de...)

.....

.....

.....

POPULATION CIBLE DU PROGRAMME

- Combien de personnes ont bénéficié de ce programme en 2012 ?.....

- Quel est l'âge de la population cible du programme d'ETP ?

- Sur quel(s) territoire(s) de santé réside la population cible ?.....

.....

CONTENU DU PROGRAMME

(séances individuelles et/ou collectives, nombre de jours ou demi-journées...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Utilisez-vous des outils pédagogiques spécifiques : OUI NON
Si **oui**, lesquels ?

VALIDATION DU PROGRAMME PAR L'ARS

- Ce programme a-t-il été soumis à votre ARS, pour autorisation ? OUI NON
- Si oui, a-t-il été autorisé ? OUI NON
- Si non, avez-vous l'intention de le soumettre à nouveau ? OUI NON
- Si vous ne l'avez pas encore soumis, avez-vous l'intention de le faire ? OUI NON

DEUXIÈME PARTIE : FORMATION A L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

COORDONNEZ-VOUS UNE FORMATION CONSACREE A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

OUI NON

Si **OUI**,

- Intitulé de la formation ?

.....

- Objectif de la formation ?

.....

- Université (ou autre organisme de formation)?

- A qui s'adresse la formation ?

- Volume horaire total ?

- Nombre d'heures consacrées au sujet âgé ?

PARTICIPEZ-VOUS EN TANT QUE FORMATEUR A UNE FORMATION CONSACRÉE (POUR PARTIE OU EN TOTALITÉ) A L'ÉDUCATION DU PATIENT ÂGÉ ?

OUI NON

Si **OUI**,

- Intitulé de la formation ?

- Objectif de la formation ?

- Université ?

- A qui s'adresse la formation ?

- Volume horaire total ?

- Nombre d'heures consacrées au sujet âgé ?

MERCI DE RENVoyer CE QUESTIONNAIRE REMPLI

- par mail à : helene.bouvier@sfgg.org
- par voie postale à : HÉLÈNE BOUVIER - Délégation générale de la SFGG
60, rue des Cherchevets - 92150 Suresnes