|  |
| --- |
| **Descriptif du stage N°…… réalisé et validé lors de la formation en ergothérapie** |

*Merci de dupliquer ce document et de numéroter vos stages de façon croissante, 1 étant le premier*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du demandeur :** | |
| **Date :** du …../…../………. au …../…../………. | **Nombre d’heures prestées :** …………h |
| **Etablissement de stage :**  *Nom entier, adresse, Url du site internet (si existant), nom/type de service,*… | |
|  | |
| **Maitre de stage :**  *Identité, profession/titre et coordonnées* | |
|  | |
| **Nature de l’établissement et bref descriptif :**  *Hôpital/clinique, MR, MRS, pratique libérale, …* | |
|  | |
| **Pathologies rencontrées dans le cadre du stage :** | |
|  | |
| **Tranche d’âge de la majorité des patients : de …..** à ….. ans  *(0 à 18 ans ou 19 à 64 ans ou 65 et plus)* | |
| **Prestations techniques pratiquées et/ou compétences développées,**  **en lien avec l’AR 1996 et ses annexes** | |
|  | |

Date, signature et cachet de l’établissement d’éducation :

|  |
| --- |
| **Descriptif de la pratique professionnelle (PP) N°…….. comme ergothérapeute salarié ou indépendant réalisé hors formation.** |

*Merci de dupliquer ce document et de numéroter vos PP de façon croissante dans la continuité de vos emplois*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du demandeur :** | |
| **Date :** du …../…../………. au …../…../………. | **Nombre d’heures prestées :** …………h |
| **Employeur : adresse et type de service :**  *Nom entier, adresse, Url du site internet (si existant), nom du service.* | |
|  | |
| **Nature de l’établissement et bref descriptif :**  *Hôpital/clinique, MR, MRS, pratique libérale, …* | |
|  | |
| **Pathologies rencontrées dans le cadre de cette expérience professionnelle :** | |
|  | |
| **Tranche d’âge de la majorité des patients : de …..** à ….. ans  *(0 à 18 ans ou 19 à 64 ans ou 65 et plus)* | |
| **Prestations techniques pratiquées et/ou compétences développées,**  **en lien avec l’AR 1996 et ses annexes** | |
|  | |

Date, signature et cachet du médecin ou de l’employeur :

|  |
| --- |
| **Récapitulatif des prestations techniques exercées** |

**Par Monsieur/Madame……………………………..…………………………………………**

*Consignes : Merci de cocher « oui » ou « non » pour chacune des prestations techniques ET d’indiquer le Numéro (N°) du stage ou de la pratique professionnelle (PP) comme ergothérapeute diplômé.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Prestations techniques :**  *(cochez d’un X si exercé ou non)* | **Oui** | **Non** | **N° du/des stages ou du/des PP** | **Cadre réservé commission** |
| **Examen ou participation à l'examen des capacités et incapacités fonctionnelles de la personne ET rédaction d’un rapport technique écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.** | | | | | | | |
| **Observation** | - dans les activités de la vie quotidienne (tels que les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, la locomotion) | |  |  |  |  |
| - concernant ses occupations personnelles, scolaires, professionnelles, socio-culturelles et de loisirs | |  |  |  |  |
| - sur le plan physique, sensori-moteur, intellectuel, relationnel, comportemental | |  |  |  |  |
| - dans son environnement physique, social et culturel | |  |  |  |  |
| **Intervention ergothérapeutique avec un rapport technique intermédiaire écrit, adressé au médecin prescripteur, concernant l'évolution du patient sous l'intervention prescrite; cette intervention ergothérapeutique consiste en :** | | | | | | | |
| **Intervention** | | Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen d'activités de la vie quotidienne, de la vie professionnelle et scolaire, de la vie sociale |  |  |  |  |
| Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen d'activités ludiques, artisanales, d'expression |  |  |  |  |
| Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen de techniques spécifiques |  |  |  |  |
| Mise en situation dans et entraînement fonctionnel à l'usage d'orthèses, de prothèses et de matériels d'aides techniques |  |  |  |  |
| Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen d'activités de la vie quotidienne, de la vie professionnelle et scolaire, de la vie sociale |  |  |  |  |
| Mise en situation et entraînement fonctionnel au moyen d'activités ludiques, artisanales, d'expression, dans le but de permettre l'expression et la résolution des conflits psychiques internes |  |  |  |  |
| **Prestations techniques exercées :**  *(cochez d’un X si exercé ou non)* | **Oui** | **Non** | **N° du/des stages ou du/des PP** | **Validation**  **Réservé commission** |
| Recherche, conception et réalisation d'adaptations à l'environnement et d'aides fonctionnelles |  |  |  |  |
| Recherche, conception et réalisation d'outils de rééducation temporaires, nécessaires au traitement spécifique d'ergothérapie et exclusivement constitués de matériaux thermo-malléables à basse température |  |  |  |  |
| Information, conseil et apprentissage de l'utilisation d'adaptations à l'environnement, d'orthèses, de prothèses et d'aides fonctionnelles |  |  |  |  |
| Conseil et éducation du milieu familial, social, professionnel, scolaire et de loisirs en vue d'optimaliser la réinsertion sociale |  |  |  |  |