

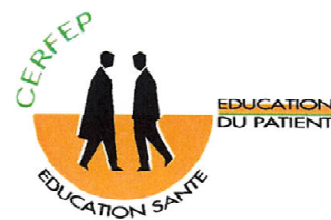


Institut Supérieur d'Expertise,
de Formation et de Recherche
des Métiers de la Santé



Praticien réflexif en ETP
« Adoptez une posture réflexive
en ETP » - Cycle 2020

Dossier de candidature



DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION À LA PRATIQUE DE L'ETP CYCLE 2020

Fournir
1 photo
d'identité
obligatoirement

A retourner à l'adresse suivante :

CERFEP - ISEFORM Santé

Parc Eurasanté - 351 rue Ambroise Paré

59120 Loos

cerfep@santelys.fr

Tél. 03 20 16 03 60

Choix du parcours de formation

PARCOURS CHOISI	SESSIONS	COCHER
Formation de 70h Praticien réflexif en ETP Cycle complet	Modules 1 à 4 / 10 jours + dossier portfolio 10 au 12 Février 2020 9 au 11 Mars 2020 6 et 7 Avril 2020 8 et 9 Juin 2020	
Formation validante 40h Praticien en ETP	Modules 1 et 2 / 6 jours 10 au 12 Février 2020 9 au 11 Mars 2020	
Complément de formation 28h Adopter une posture réflexive en ETP <i>Pré-requis : avoir suivi une formation validante (40h) à l'ETP</i>	Modules 3 et 4 / 4 jours + dossier portfolio 6 et 7 Avril 2020 8 et 9 Juin 2020	

1 - Renseignements administratifs¹

NOM et prénom :

.....

NOM patronymique (de naissance) :

.....

Date de naissance :

.....

Fonction/Mode d'exercice :

.....

N° RPPS ou ADELI :

.....

Profession :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique | <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie
médicale | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> animateur socioculturel | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre..... |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Orthoptiste | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue | <input type="checkbox"/> Patient ou proche impliqué dans
l'accompagnement des maladies
chroniques |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Pharmacien | |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | |
| <input type="checkbox"/> Educateur sportif | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour
l'appareillage des personnes
handicapées | |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | | |
| <input type="checkbox"/> Étudiant | | |

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

Adresse professionnelle :

Code postal : Localité :

Téléphone : Email :

Établissement :

Service : Responsable de service :

Adresse personnelle :

Code postal : Localité :

Téléphone : Email :

2 - Votre inscription à la formation

Vous vous inscrivez au titre :

De la formation individuelle

Du plan de développement des compétences de votre établissement :

Coordonnées du service de formation continue ou de la personne référente.

▶ Téléphone :

▶ Email :

3 - Votre cursus de formation initiale et continue

(ou joindre un CV et passer à la rubrique 5)

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Établissement	Année d'obtention

4 - Vos expériences professionnelles

Période	Établissement/Structure	Service*	Fonction et niveau de responsabilité*

*Au sein d'un même établissement, vous avez pu changer de service ou de département, de statut, de fonction...

5 - Votre expérience en lien avec la formation

Participez-vous actuellement à un programme en Éducation du patient ? Oui Non

Si oui, à qui est-il destiné?

.....

.....

.....

Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associées ?

.....

.....

.....

Quels sont les statut(s) et fonction(s) du (des) responsable(s) ?

.....

.....

.....

Quelles sont les principales activités menées (entretiens individuels/collectifs, séances d'information, séances d'éducation, évaluations...)?

.....

.....

.....

Quels résultats avez-vous pu estimer jusqu'à présent ?

.....

.....

.....

Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans ce projet ?

.....

.....

.....

6 - Votre projet ou vos perspectives professionnelles en lien avec la formation

À court ou moyen terme, pensez-vous :

- **Impulser** un programme en Éducation du patient ? Oui Non
- **Vous associer** à un programme existant, déjà ou en cours d'élaboration ? Oui Non

Si oui, veuillez présenter ce projet ou cet avant-projet en quelques lignes :

À qui est-il destiné ?

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

Quels sont (ou quels seront) les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

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

Quels sont les statut(s) et fonction(s) du (des) responsables ?

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

Quelles sont les principales activités envisagées ?

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

Quels sont (ou quels seraient) les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce projet ?

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

7 - Vos besoins, vos attentes

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien lors de vos rencontres éducatives ?

Quels aspects théoriques et pratiques souhaiteriez-vous aborder/ approfondir pendant la formation ?

Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir/développer pour améliorer vos pratiques ?

8 - Autres informations

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit votre projet professionnel, soit le projet en ETP, soit votre établissement et/ou service, soit l'exercice d'autres responsabilités...

Autorisation d'utiliser les photographies fournies

J'autorise le Cerfep à utiliser les photographies fournies dans le présent dossier pour :

- **Stocker** ces images sur le serveur informatique du Cerfep à des fins de gestion administrative.
 - Oui Non
- Réaliser un **trombinoscope** sous format papier ou électronique à destination de(s) :
 - L'équipe interne du Cerfep
 - Oui Non
 - Participants, intervenants et membres des comités pédagogiques des formations du Cerfep
 - Oui Non
 - Sites Internet du Cerfep
 - Oui Non

Cette autorisation est accordée pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment en adressant un courrier au responsable du Cerfep, ISEFORM Santé, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré, 59120 Loos.

Le..... *Signature*

À.....

Autorisation d'utiliser les coordonnées fournies¹

J'autorise le Cerfep à utiliser les coordonnées fournies dans le présent dossier pour :

- M'envoyer des **informations** concernant des produits et services développés par le Cerfep et l'ISEFORM Santé
 - Oui Non
- Constituer un **listing** (ou trombinoscope, si vous avez donné votre accord) à destination des participants, intervenants et membres des comités pédagogiques, des formations du Cerfep, qui pourra contenir, en plus de vos noms et prénoms :
 - Vos coordonnées personnelles
 - Oui Non
 - Vos coordonnées professionnelles
 - Oui Non

Le..... *Signature*

À.....

¹ Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélyls, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santélyls – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS.

Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en écrivant à cette adresse : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes/>