



Evaluation des Pratiques Professionnelles

Questionnaire de mise en route

☞ VOS COORDONNEES (ou celles du coordinateur pour les demandes en groupe)

NOM : PRENOM :

SPECIALITE :

ADRESSE DU CABINET OU DE L'ETABLISSEMENT :

.....

CP : VILLE :

.....

MAIL :

TEL :

AVEZ-VOUS UNE EXPERIENCE DE L'ANALYSE DE LA PRATIQUE EN REFERENCE
A DES RECOMMANDATIONS:

◆ INDIVIDUELLEMENT ?

oui non

◆ DANS UN GROUPE DEJA CONSTITUE OU PLUS OU MOINS FORMALISE ?

(groupe de pairs, d'échange de pratiques, réseau, réunion concertation pluridisciplinaire en cancérologie, staff, maison médicale par exemple)

oui non

Précisez :

.....

.....

☞ DANS QUEL CADRE SOUHAITEZ-VOUS ENGAGER CETTE DEMARCHE ?

En groupe, dans ce cas, précisez :

groupe à constituer groupe déjà constitué

S'il s'agit d'un groupe déjà constitué, précisez le nombre de confrères engagés :

.....

Au sein d'un établissement

Précisez : Dans le cadre de la certification V2 Hors V2

Au sein de votre cabinet : Seul

 **QUELS SONT VOS BESOINS ?**

- Identification du thème à évaluer, formulation du projet et appui méthodologique.
- Accompagnement dans le cadre d'une problématique ou d'une thématique déjà bien identifiée,

Précisez le titre de la démarche envisagée :
.....

- Validation seule,

Précisez le titre de la démarche déjà engagée :
.....

 **SOUHAITEZ-VOUS FAIRE APPEL A?**

Un médecin habilité ?

- oui non

Un organisme agréé ?

- oui non

Précisez l'aide souhaitée ou attendue:
.....

Date :

Signature :

**MERCI DE BIEN VOULOIR RETOURNER CE QUESTIONNAIRE PAR
FAX AU 05.61.15.80.99 OU PAR COURRIER A L'URML
33 route de Bayonne - 31300 TOULOUSE**

CONTACTS :

Pour tous renseignements et questions supplémentaires, contactez :

Jean-Yves BOUSIGUE - Secrétaire Général de l'URML : jybousigue@urmlmp.org

Pour récupérer les documents et formulaires :

Stéphanie VIFQUAIN - Secrétariat URML : 05.61.15.81.01 - stephanie@urmlmp.org