

Volet infirmier (cocher les cases utiles)

N° | | | | |

Vous et votre exercice libéral

1. Sexe : ₁ homme ₂ femme

2. Age : ₁ moins de 35 ans
₂ 35 à 49 ans
₃ 50 ans et plus

3. Département d'exercice : I _ I _ I

4. Zone d'exercice :
₁ rurale ₂ urbaine ₃ mixte

5. Année d'installation dans la commune
₁ avant 1990
₂ 1990 à 1994
₃ 1995 ou plus tard

6. En 2000, quelle part de votre activité représentent les actes cotés en A.I.S. ?
₁ moins de 30 %
₂ 30 à 59 %
₃ 60 à 79 %
₄ 80 % ou plus
₅ ne sait pas

7. Type d'exercice libéral :

↳ 7.1. ₁ exclusif ₂ non exclusif
 ↳ 7.2. ₁ temps plein ₂ temps partiel
 ↳ 7.3. ₁ exerce seul
₂ groupe monodisciplinaire
₃ groupe pluridisciplinaire

8. Dans le cadre de votre activité libérale, travaillez vous également en collaboration avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ?
₁ jamais ₂ rarement ₃ régulièrement

9. Avez-vous suivi une formation professionnelle au cours des douze derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)
₁ oui,
₂ non, par manque de disponibilité
₃ non, pas de formation proposée m'intéressant
₄ non, en raison du coût induit
₅ non, autre cas

Vous et vos correspondants

10. Avez-vous le sentiment de connaître les différents intervenants du secteur de l'aide à domicile et leurs domaines de compétence (attributions, rôles...) dans votre zone géographique ?
₁ oui, très bien ₂ oui, partiellement ₃ non

11. Pensez-vous pouvoir associer un correspondant nommément identifié aux principaux types d'aides à domicile ?
₁ oui, toujours ₂ oui, parfois ₃ non

12. Au cours des douze derniers mois, pour combien de patients avez-vous estimé que le maintien à domicile nécessitait la mise en place d'une aide ?
₁ aucun
₂ 1 à 3 patients
₃ 4 à 6 patients
₄ 7 patients ou plus

13. Actuellement, lorsque vous identifiez un patient qui nécessite, en dehors ou en sus des soins infirmiers, une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne pour être maintenu à domicile, qui contactez-vous ?

plusieurs réponses possibles

	le plus souvent	parfois	jamais
la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
les amis, voisinage...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
le médecin traitant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
une assistante sociale ou un organisme assurant une coordination des interventions	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
directement le(s) service(s) d'aide concerné(s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
je prends moi-même en charge le problème	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

14- Indiquez les difficultés les plus fréquentes (3 maximum) que vous percevez lors de la mise en place d'une aide au maintien à domicile en les numérotant de 1 à 3 (1 pour la plus fréquente, 2 ensuite...) :

↳ problème de financement de l'aide | ₁
 ↳ personnel d'aide non disponible | ₂
 ↳ le service n'existe pas à proximité | ₃
 ↳ frein de la part du patient | ₄
 ↳ frein de la part de la famille | ₅
 ↳ autre | ₆

15- Si vous n'avez pas rempli de volet patient entre le 17 septembre et le 13 octobre 2001, quel en est le motif ?

₁ pas de patient remplissant le critère d'inclusion
₂ impossibilité de prendre en charge un patient supplémentaire
₃ autre