

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DE L'ACTIVITE DES INFIRMIER(E)S EXERCANT EN UNITE DE CONSULTATION DOULEUR

Questionnaire individuel à remplir par l'infirmier(e) à partir de son propre bilan d'activité de l'année 2008

I : IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT, DE LA CONSULTATION

1. **Type d'établissement** : CHU CH Clinique Réseau
 Autre, précisez :
2. **Votre région** :
3. **Population accueillie** : Adultes Enfants Personnes Agées Mixte
4. **Nombre de consultation/an** :

II : IDENTIFICATION DE L'AGENT

1. **Vous êtes*** : infirmier(e) IADE Puériculteur(trice)
 2. **Vous avez suivi une ou plusieurs des formations suivantes*** :
 DU ou DIU Douleur Infirmier(e) Clinicien(ne) Hypnose Sophrologie Massage
 Relaxation DU ou DIU Soins Palliatifs Psychologie Assistant Recherche Clinique
 Relation d'Aide Autres :
 3. **Vous travaillez exclusivement en consultation douleur** oui non
 4. **Si non, vous travaillez aussi en** : Unité douleurs (hosp) Equipe mobile douleur
 Action transversale Activité réseau autres :
 5. **Quel est votre temps de travail dédié à la consultation douleur?** :
 Quart temps Mi temps Plein temps autres :
 6. **Année de création de votre poste** : **Année de nomination dans le poste**
- *plusieurs réponses possibles

III : EVALUATION DE L'ACTIVITE FORMATION

Avez-vous bénéficié de formations prises en charge par votre institution ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, nombre de journées :	.....
Avez-vous bénéficié de formations prises en charge par vous-même ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, nombre de journées :	.....

Avez-vous dispensé des formations sur la douleur dans le cadre du plan de formation continue d'établissement? oui non
Si oui, nombre d'heures par an :

Avez-vous dispensé des formations sur la douleur en Institut de formation ou école paramédicale ?
 oui non
Si oui, nombre d'heures par an :

Avez-vous dispensé des formations sur la douleur dans le cadre d'un DU, DIU ou autre formation universitaire ? oui non
Si oui, nombre d'heures par an :

Avez-vous dispensé des formations techniques spécifiques (TENS, MEOPA,) ?
 oui non
Si oui, lesquelles :
nombre d'heures par an :

Avez-vous assuré l'encadrement de stagiaires au sein de l'unité de consultation ?
 oui non
Si oui, dans quel cadre :
nombre d'heures par an :

Avez-vous participé à l'accompagnement de mémoires, de travaux de fin d'étude, la participation à un jury ? oui non
Si oui, précisez :
nombre d'heures par an :

Avez-vous présenté des interventions en congrès, journées d'études ... ?
 oui non
Si oui, précisez :
nombre d'heures par an :

Autres activités de formation :
précisez lesquelles :
nombre d'heures par an :

IV - EVALUATION DE L'ACTIVITE VIE INSTITUTIONNELLE

Avez-vous participé à des réunions institutionnelles : CLUD, commissions, groupes de travail (protocoles, certification...), etc... ?

oui non

Nombre d'heures/an :

Avez-vous utilisé les liaisons téléphoniques pour les coordinations de suivi patient ?

oui non

Nombre d'heures/an :

V - EVALUATION DE L'ACTIVITE CLINIQUE

Liste des actes infirmiers		
1	Première consultation (tout acte confondu)	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
2	Consultation infirmière d'Évaluation de la douleur	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
3	1 ^{ère} pose de TENS	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
4	Suivi et réajustement de TENS	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
5	Relation d'aide (en dehors de tout autre acte)	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
6	Education thérapeutique	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
7	Soutien, information entourage	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
8	Séance d'hypnose	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
9	Séance de relaxation	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn

10	Séance de sophrologie	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
11	Séance de toucher/massage bien être	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
12	Expertise lors d'un soin spécifique	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
13	Transmission d'équipes	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
14	Participation à un staff pluridisciplinaire	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
15	Participation à une consultation pluridisciplinaire	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
16	Autres (précisez) :	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
17	Autres (précisez) :	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
18	Autres (précisez) :	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
19	Autres (précisez) :	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn
20	Autres (précisez) :	Nombre d'acte /an : Temps moyen/acte : mn

PARTIE V : ACTIVITES AFFERENTES AUX SOINS

	TYPES D'ACTES		Temps/moyen à l'année (en heures)
1	Commande de matériel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
2	Réception, essai et suivi nouveau matériel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
3	Gestion de matériel (check list, dénombrement, stock, nettoyage, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
4	Résolution problème technique matériel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
5	Maintenance indirecte de matériel (RDV biomed, RDV spécialiste...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
6	Actes de secrétariat (saisie activité, travail informatique, réalisation courrier, gestion des RdV...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
7	Rendez-vous avec délégués médicaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
8	Participation à des travaux de recherche clinique (préparation d'enquête, suivi de protocoles médicaux, recueil de données...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
9	Diffusion du savoir (recherches de documents pour topos, articles, communications, temps de rédaction, etc...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
10	Autres : ..... ..... .....		..... ..... .....