**Nom du lieu de stage :**

**Adresse du lieu de stage :**

**Nom et numéro de la personne référente à contacter :**

**Adresse mail :**

**Nom du/des ergothérapeute(s) :**

**Dans les tableaux suivants, vous pouvez cocher ou annoter ce que votre stagiaire est susceptible de voir ou faire sur votre lieu de stage.**

**PUBLIC / PATHOLOGIES RENCONTREES**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Observations / Précisions**  |
| Neurologie |  |
| Traumatologie |  |
| Pathologie rachidienne |  |
| Cardiologie |  |
| Gériatrie |  |
| Pédiatrie |  |
| Autre |  |

**TRAVAIL EN ERGOTHERAPIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Observations / Précisions** |
| Bilans - Evaluations |  |
| Rédaction diagnostic |  |
| Appareillage |  |
| Positionnement |  |
| Rééducation |  |
| Réadaptation |  |
| Réinsertion socio-professionnelle |  |
| Evaluation de conduite automobile |  |
| Repas thérapeutique |  |
| Entretien avec les proches |  |
| Contact avec les prestataires |  |
| Visites à domicile |  |
| Education thérapeutique |  |
| Autre |  |

**TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE, PROFESSIONNELS QUE L’ETUDIANT EST SUSCEPTIBLE DE RENCONTRER**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Observations** |
| Réunion de synthèse |  |
| Médecin |  |
| Kinésithérapeute |  |
| Orthophoniste |  |
| Assistante sociale |  |
| Psychologue |  |
| Infirmiers |  |
| Aides-soignantes |  |
| Diététicienne |  |
| Balnéothérapie |  |
| Autre |  |

**Acceptez-vous d’accueillir des étudiants de 1ère année ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Acceptez-vous d’accueillir des étudiants de 2ème année ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Acceptez-vous d’accueillir des étudiants de 3ème année ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Certains de vos ergothérapeutes ont-ils des diplômes ou des qualifications supplémentaires ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Si oui, lesquel(le)s ?**

**Ont-ils déjà suivi une formation pour être tuteur de stage ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Connaissez-vous le fonctionnement du portfolio ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Partiellement** [ ]

**Connaissez-vous les critères d’évaluation des compétences ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Partiellement** [ ]

**Seriez-vous intéressé pour participer à une/des action(s) de sensibilisation/information/ formation de la part de l’IFE ?**

**Oui** [ ]

**Non** [ ]

**Si oui, à quel(s) sujet(s) ?**

**- Accompagnement du stagiaire et posture du tuteur** [ ]

**- Remplissage du portfolio** [ ]

**- Informations sur les compétences** [ ]

**- Les Analyses Réflexives de Pratiques Professionnelles** [ ]

**- Le diagnostic ergothérapique** [ ]

**- L’utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie** [ ]

**- Autres :**

**Avez-vous des questions ou des remarques ?**