

Formulaire de recensement des expériences de consultation infirmière

Nom							
Prénom							
Fonction							
Date diplôme état infirmier							
Lieu d'exercice							
Mode d'exercice	Libéral		Seul/collaboration	Hospitalier	Scolaire	Entreprise	
	Réseau		Nom du réseau	Privé			

Coordonnées professionnelles

Mail							
Téléphone	Fixe		Mobile				
Fax							
Adresse							
N° inscription à l'ordre				Département d'inscription			

Diplômes obtenus/formations en cours

→		année	Lieu d'obtention/organisme formateur	
→		année	Lieu d'obtention/organisme formateur	
→		année	Lieu d'obtention/organisme formateur	
→		année	Lieu d'obtention/organisme formateur	
→		année	Lieu d'obtention/organisme formateur	

Domaines d'expertise

→	
→	
→	
→	

Type de consultation infirmière

s Généraliste		Spécialisée		Individuelle		En groupe	
---------------	--	-------------	--	--------------	--	-----------	--

Mode de réalisation de la consultation infirmière

Seule		En collaboration					
En cabinet de ville		Dans le cadre d'un réseau		En établissements de soins		En entreprise	
Au domicile		En milieu scolaire		Autres			

Date du début de l'activité de consultation

--	--

Mode de financement

Urcam		Cnam		Réseau		Mutuelles		Autres	
-------	--	------	--	--------	--	-----------	--	--------	--

Outils et supports

Créés		Utilisés		

Publications/travaux dans le champ de la consultation

Ouvrage		Titre		
Articles (revue professionnelle)		Titre		
Abstracts, poster...				

Commentaires éventuels

--

J'autorise par la présente, l'ANFIIDE à diffuser le contenu des documents transmis au titre de la rubrique « Partage d'expériences autour de la consultation infirmière » sans qu'aucun recours ne puisse être engagé à ce titre, pour quelque motif que ce soit.

Signature		Date	
-----------	--	------	--

Questionnaire à renvoyer au secrétariat de l'ANFIIDE, 5, rue Blaise Pascal 94440 VILLECRESNES