

Charte du praticien libéral prenant en charge des patients atteints de troubles neurologiques

Madame, Monsieur,

NOM :

Prénom :

Adresse professionnelle

Numéro : Rue :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

Déclare :

Avoir un seuil minimum de compétence dans le domaine neuromusculaire.

Fournir en pièce jointe une attestation de formation/congrès ou bien un curriculum vitae attestant de l'expérience en CRF/Hôpital service neurologie.

disposer d'un plateau technique permettant l'évaluation et la prise en charge du patient neurologique. *Préciser le matériel dans la fiche annexe.*

disposer d'une salle de soin accessible aux personnes en situation de handicap.

Fournir les informations attestant de l'accessibilité du cabinet (voir fiche annexe).

Informations complémentaires :

- Membre d'une société savante ? Si oui, laquelle ?
- Membre d'un réseau local de soins ? Si oui, lequel ?
- Autre :

En signant cette charte, je m'engage à :

- Réaliser systématiquement un bilan au premier rendez-vous à l'aide d'outils de mesure étalonnés,
- Réévaluer mes patients aussi souvent que nécessaire pour tenir compte de l'évolution de ces derniers au centre de rééducation (si celui-ci le désire) ou aux patients eux-mêmes,
- Respecter les recommandations cliniques de bonne pratique lorsque celles-ci sont disponibles,
- Participer à des formations ou bien des congrès dans le domaine neuromusculaire pour me tenir informer des dernières avancées de la recherche dans le domaine.

J'accepte la publication de mes coordonnées sur internet.

A renvoyer par mail à sfpneuro@gmail.com accompagné des pièces jointes nécessaires.

Fait à :

Le :

Signature :