

ORTHORISQ c'est facile, avant de vous lancer, imprimez ces quelques pages et suivez les à la lettre.

I) VOUS DEVEZ VOUS PROCURER ET FOURNIR : 5 PIECES

- Copie du diplôme de Docteur en Médecine certifié sur l'honneur (signé par vous-même)

- Attestation de l'inscription à l'Ordre et de votre spécialité

- Attestation de la Direction de tous les établissements où vous exercez : nombre d'interventions chirurgicales par an (de l'établissement)

- Une attestation du score ICALIN de tous les établissements où vous exercez (A – B – C – D- E)

- Etat de la procédure de certification de tous les établissements où vous exercez (date de la dernière et peut être de la prochaine : V1 – V2)

II) Sur le site <https://accréditation-des-medecins.fr> vous allez trouver en cliquant sur inscription « 1^{ère} inscription » la page suivante (dossier administratif)

Dossier administratif

* Veuillez indiquer votre adresse postale :

Veuillez indiquer d'éventuelles informations complémentaires :

* Veuillez indiquer votre code postal :

* Veuillez indiquer votre commune :

a) Renseigner les informations nécessaires pour la notification et l'information de l'accréditation

* Veuillez sélectionner le département de la CPAM dans le ressort de laquelle vous exercez votre activité :

* Veuillez sélectionner la région du Conseil régional de la formation médicale continue dont vous relevez

Si vous exercez en "libéral" ou libéral salarié", veuillez sélectionner la région de l'URML de la circonscription géographique dans laquelle vous exercez :

b) Désigner votre ou vos établissement(s) de santé :

c) Compléter l'information nécessaire sur l'instance médicale de gestion des risques

* **Déclaration sur l'honneur :**

En cochant cette case,

- **Je déclare sur l'honneur avoir référencé l'ensemble des établissements de santé dans lesquels j'exerce la (les) activité(s) ou la (les) spécialité(s) que je souhaite accréditer.**

ATTENTE DE L'IDENTIFIANT, (QUELQUES MINUTES)

Puis appeler l'identifiant et continuer....

IV REMPLIR LE QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

Questionnaire d'auto-évaluation

Questionnaire d'auto-évaluation

Intitulé : Questionnaire Orthorisq 2007-08

Créé le : 20/06/2007

Modifié le : 20/06/2007 16:38:29

Quelle est votre année de naissance ?

Réponse libre

Quelle est votre université de formation de 3ème cycle (lieu de thèse) ?

Réponse libre

Quelle est l'année de votre thèse de doctorat en médecine ?

Réponse libre

Quel(s) diplôme(s) (DES, DESC, DIS, Autres à préciser) justifient votre exercice de la chirurgie orthopédique, du rachis ou de l'orthopédie pédiatrique ?

Réponse libre

Etes-vous ancien Interne des hôpitaux ?

Oui

Non

Etes-vous ancien Assistant ou Chef de clinique ?

Oui

Non

Si vous n'avez été ni Assistant ni Chef de clinique, avez-vous été médaille d'or de l'internat ?

Oui	
Non	
Non concerné	

Quel est votre type d'exercice ?

PSPH avec activité libérale	
Libéral exclusif	
Libéral avec vacations hospitalières	
Public sans activité libérale	
Public avec activité libérale	
PSPH sans activité libérale	

Dans combien de lieux opérez-vous ?

Deux	
Trois	
Un	

Depuis combien d'années exercez-vous dans votre lieu principal d'exercice ?

Réponse libre	
---------------	--

Participez-vous à l'EPP ? (Pour les demandes en cours, fournir un justificatif de votre engagement)

Oui	
Non	
Demande en cours	

Participez-vous à la gestion des risques médicaux ?

Non	
-----	--

Oui	
-----	--

Participez-vous à la gestion de la qualité ? (Commission qualité, CRU..)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Participez-vous à la lutte contre les infections nosocomiales ? (CLIN, équipes d'hygiène..)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Participez-vous à la lutte contre la douleur ? (CLUD, équipe douleur..)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Participez-vous à la pharmacovigilance ? (COMEDIMS, ..)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Etes-vous membre d'une société savante ?

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Si oui, veuillez préciser de quelle société savante il s'agit :

Réponse libre	
---------------	--

Etes-vous abonné à une revue de la spécialité ?

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Si vous avez une activité libérale, quelle société vous assure en responsabilité civile professionnelle ?

Réponse libre

Sur les 4 dernières années et concernant votre activité publique (en établissement public et PSPH), quel est le nombre de contentieux (quelle qu'en soit l'issue) ayant donné lieu à une convocation (TGI, TA, Expertise amiable, CRCI..) ?

Trois contentieux

Plus de trois contentieux

Non concerné

Aucun contentieux

Un contentieux

Deux contentieux

Sur les 4 dernières années et concernant votre activité libérale, quel est le nombre de contentieux (quelle qu'en soit l'issue) ayant donné lieu à une convocation (TGI, TA, Expertise amiable, CRCI..) ?

Trois contentieux

Plus de trois contentieux

Non concerné

Aucun contentieux

Un contentieux

Deux contentieux

Quel est le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans votre établissement principal d'activité sur l'année précédente (toutes spécialités et modes d'hospitalisation confondus) ?

Entre 5000 et 10000 interventions

Entre 2000 et 5000 interventions

Entre 1000 et 2000 interventions

Moins de 2000

Plus de 10000 interventions	
-----------------------------	--

Si votre établissement réalise moins de 2000 interventions chirurgicales par an, justifiez cette situation :

Réponse libre	
---------------	--

Combien de chirurgiens orthopédistes, dont vous-même, exercent dans votre établissement principal ? (pour un CHU, comptez les médecins à partir de l'obtention du DESC)

1 chirurgien	
--------------	--

Plus de 2 chirurgiens	
-----------------------	--

2 chirurgiens	
---------------	--

Participez-vous à la permanence des soins 24h/24 ? (gardes ou astreintes rémunérées)

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Existe-t-il dans votre établissement principal un service d'urgence ou de soins intensifs assurant une permanence médicale 24h/24 ?

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

Quel est le score ICALIN de votre établissement principal ?

Score A	
---------	--

Score B	
---------	--

Score C	
---------	--

Score D	
---------	--

Score E	
---------	--

Non évalué	
------------	--

Quel est le score ICALIN de votre établissement secondaire ?

Score B	
Score C	
Score D	
Score E	
Non évalué	
Non concerné	
Score A	

Quelle est la situation de votre établissement principal au regard de la certification des établissements de santé ?

Certifié et/ou en cours de certification (V1 ou V2)	
Non certifié ou n'a pas mené de démarche à ce jour	

Quelle est la situation de votre établissement secondaire au regard de la certification des établissements de santé ?

Non concerné	
Certifié et/ou en cours de certification (V1 ou V2)	
Non certifié ou n'a pas mené de démarche à ce jour	

Existe-t-il un protocole d'antibioprophylaxie validé par le CLIN dans votre établissement ?

Oui	
Non	

Si oui, quelle est l'année d'actualisation de ce protocole ? (année de création ou de dernière mise à jour)

Avant l'année 2000	
Année 2000 et plus	

Qui prescrit l'antibioprophylaxie dans votre établissement (vous-même, l'anesthésiste, autre personne à préciser) ?

Réponse libre

Faites-vous régulièrement remplir un questionnaire de dépistage du risque PRION ? (Maladie de Creutzfeldt-Jakob)

Oui	
Non	

Qui se charge de remplir le questionnaire de dépistage du risque PRION (vous-même, l'anesthésiste, autre personne à préciser) ?

Réponse libre	
---------------	--

Considérez-vous que vos prescriptions sont à plus de 90 %

Signées	
Non signées	
Signées et horodatées	
Signées et datées	

Vous vous engagez à transmettre par courrier à ORTHORISQ : - une copie certifiée sur l'honneur de votre diplôme de docteur en médecine et des pièces officielles attestant de votre spécialité et de votre inscription à l'ordre - une attestation de la direction de chaque établissement indiquant le nombre d'interventions chirurgicales par an de l'établissement, le score ICALIN, l'état de la procédure de certification

Oui	
-----	--

Vous vous engagez à transmettre par courrier à ORTHORISQ : - une copie de votre autorisation d'exercice dans un 3ème site (le cas échéant) - une copie de vos attestations EPP (le cas échéant)

Oui	
-----	--

N'OUBLIEZ PAS APRES LE TEMPS INFORMATIQUE D'ENVOYER LES 5 DOCUMENTS A ORTHORISQ 56 rue Boissonade 75014 PARIS