

FICHE D'IDENTITE du PROFESSIONNEL de santé

Professions (entourez)	<input type="checkbox"/> Cadre de Santé <input type="checkbox"/> Cadre Sage-Femme <input type="checkbox"/> Consultante en lactation <input type="checkbox"/> Echographiste <input type="checkbox"/> Gynécologue médical <input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin de PMI <input type="checkbox"/> Ostéopathe <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre <input type="checkbox"/> Psychanalyste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Psychothérapeute <input type="checkbox"/> Radiologue <input type="checkbox"/> Rhumatologue <input type="checkbox"/> Sage femme <input type="checkbox"/> Sexologue <input type="checkbox"/> Urologue
	<input type="checkbox"/> Autre spécialité médicale (précisez)..... Autre profession (précisez).....	
Spécialité complémentaire	<input type="checkbox"/> Acupuncture <input type="checkbox"/> Addictologue <input type="checkbox"/> Arthérapeute <input type="checkbox"/> Consultante en lactation <input type="checkbox"/> Diabétologue <input type="checkbox"/> Echographiste <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Ethnopsy <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue <input type="checkbox"/> Gastropédiatre <input type="checkbox"/> Gestalthérapeute <input type="checkbox"/> Gynéco obstétricien <input type="checkbox"/> Haptonomie <input type="checkbox"/> Hépatologue <input type="checkbox"/> Homéopathe <input type="checkbox"/> Hypnothérapeute <input type="checkbox"/> Médecin PMI <input type="checkbox"/> Néonatalogiste	<input type="checkbox"/> Néphrologue <input type="checkbox"/> Neurologue <input type="checkbox"/> Neuropédiatre <input type="checkbox"/> Neuropsychologue <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Ophtalmologue pédiatrie <input type="checkbox"/> Ostéopathe <input type="checkbox"/> Pélvi-périnéologie <input type="checkbox"/> Pneumopédiatre <input type="checkbox"/> Psychanalyste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychothérapeute <input type="checkbox"/> Radiologue <input type="checkbox"/> Radiologue pédiatrique <input type="checkbox"/> Rhumatologue <input type="checkbox"/> Sexologue <input type="checkbox"/> Sophrologue <input type="checkbox"/> Spécialité en infertilité <input type="checkbox"/> Tabacologue

Informations complémentaires (spécialité, diplômes complémentaires, statut administratif)	
N° d'inscription au conseil de l'ordre :
N° URSAFF	
N° SIRET	
Pratiquez-vous une activité libérale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Exercice Professionnel

Exercice Libéral

Adresse	Nom du cabinet : Adresse..... Code Postal..... Ville.....
Metro / bus	
Sectorisation	<input type="checkbox"/> Secteur 1 <input type="checkbox"/> Secteur 2
Observations	

Institution ou Établissement de rattachement

Adresse	Nom de l'établissement: Service Adresse..... Code Postal..... Ville.....
Téléphone prof.	1. Secrétariat :..... 2. Bureau ou DECT.....
J'accepte que mes coordonnées professionnelles soient inscrites sur les listes suivantes	<input type="checkbox"/> Liste destinée au grand public et aux professionnels de santé <input type="checkbox"/> Liste destinée aux professionnels adhérents au réseau

Prise en charge du handicap

Accessibilité du cabinet	<input type="checkbox"/> Rez de chaussée accessible <input type="checkbox"/> Ascenseur accessible fauteuils roulants <input type="checkbox"/> Toilette accessible aux fauteuils roulants <input type="checkbox"/> Cabinet accessible aux fauteuils roulants <input type="checkbox"/> Accessibilité partielle (petite marche) avec aide <input type="checkbox"/> Aucune accessibilité <input type="checkbox"/> Table gynécologique électrique
Formations spécifiques	<input type="checkbox"/> Langue des signes <input type="checkbox"/> Autres formations : <input type="checkbox"/> Aucune formation
Type de handicap pris en charge	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Psychique

Langues parlées	
Langues parlées	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Portugais <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Tamoul <input type="checkbox"/> Autre.....

ACTIVITE professionnelle	
si Médecin Généraliste	<input type="checkbox"/> Suivi gynécologique <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse
si Gynécologue	<input type="checkbox"/> Colposcopie <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse <input type="checkbox"/> Suivi gynécologique <input type="checkbox"/> Echographie de datation <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 2 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 3 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale référent <input type="checkbox"/> Infertilité PMA
si radiologue ou échographiste	<input type="checkbox"/> Echographie de datation <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 2 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale 3 ^{ème} trimestre <input type="checkbox"/> Échographie obstétricale référent
si Sage femme	<input type="checkbox"/> Suivi gynécologique : si oui, préciser votre formation : <input type="checkbox"/> IVG médicamenteuse <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse avec monitoring <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse sans monitoring <input type="checkbox"/> Entretien prénatal précoce <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance classique <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance haptonomie <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance Piscine <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance sophrologie <input type="checkbox"/> Préparation à la naissance yoga <input type="checkbox"/> Autre

	<input type="checkbox"/> Rééducation périnéale Manuelle <input type="checkbox"/> Rééducation périnéale Electrostimulation avec Biofeedback <input type="checkbox"/> Autre, préciser : Précisez votre formation :
	Territoire d'intervention à domicile :
Si psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute, psychanalyste	<input type="checkbox"/> Groupe de parole <input type="checkbox"/> Prise en charge enfant <input type="checkbox"/> Prise en charge adulte <input type="checkbox"/> Relaxation <input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> Tests / Bilans psy <input type="checkbox"/> Psychothérapie enfant <input type="checkbox"/> Psychothérapie adulte <input type="checkbox"/> Psychothérapie couple <input type="checkbox"/> Thérapie inter culturelle
Activité Si Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Rééducation pédiatrique <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Massage Bien être <input type="checkbox"/> Kiné respiratoire –bronchiolite (pédiatrie) <input type="checkbox"/> Rééducation de la déglutition et oralité (pédiatrie) <input type="checkbox"/> Rééducation pédiatrique générale (Pieds varus, torticolis...) <input type="checkbox"/> Rééducation pédiatrique neuromotrice (Le Metayer...) <input type="checkbox"/> Rééducation pédiatrique neuro-orthopédie (Pieds bots, rachis) <input type="checkbox"/> Rééducation postnatale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rééducation périnéale Manuelle <input type="checkbox"/> Rééducation périnéale Electrostimulation avec Biofeedback <input type="checkbox"/> Autre, préciser : <i>Précisez votre formation :</i> <input type="checkbox"/> Rééducation abdominale hypopressive
Activité si orthophoniste	<input type="checkbox"/> Malformations cranio-faciales <input type="checkbox"/> Pédopsychiatrie <input type="checkbox"/> Prise en charge du très jeune enfant (<2 ans) <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique <input type="checkbox"/> Surdité précoce <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition / oralité du NRS, enfant

Cadre réservé à la coordination

A cocher quand saisi dans :

Tableau adhérent Annuaire

Réseau de Santé Périnatal Parisien

3-5 rue de Metz 75010 Paris - Tél : 01 48 01 90 28 – Fax : 01 48 01 98 30 – contact@rspp.fr – SIRET : 499 503 522 00025