



CONTRAT D'ENGAGEMENT KINESITHERAPEUTE

Ce réseau a pour finalité d'offrir une qualité optimale d'accueil et de soins, d'assurer la continuité de la kinésithérapie le week-end et les jours fériés de la période épidémique et de participer à des actions de prévention, d'éducation, de soins, et de suivi sanitaire en lien avec les affections respiratoires des enfants jusqu'à deux ans

Les kinésithérapeutes signataires s'engagent :

1. A adhérer à l'association des réseaux bronchiolite et à agir en conformité avec les statuts de l'Association et son règlement intérieur. (textes présents en intégralité dans la partie sécurisée du site www.reseau-bronchio.org)
2. A être présent à l'une des soirées planification organisée en Ile de France entre septembre et octobre.
3. A assurer leurs actes dans leur cabinet les week-ends et les jours fériés de la période épidémique aux dates transmises et validées par la coordination.
4. A être joignable par téléphone lors des gardes suivant les règles fixées par le réseau et à mettre un message sur le répondeur pour indiquer les conditions de prise de rendez-vous et ce dès le vendredi midi.
5. A partager les données qualitatives et quantitatives de leur activité au sein du réseau par le moyen des fiches bilan fournies par le réseau et de les retourner **avant le 30 avril. Toute fiche bilan reçue après cette date ne sera pas comptabilisée pour les indemnités.** Ce partage d'information s'entend en tenant compte des règles concernant le secret professionnel et des règles déontologiques propres aux kinésithérapeutes.
6. A utiliser les techniques d'Augmentation du Flux Expiratoire, de Toux provoquée, de désencombrement des voies aériennes supérieures (désencombrement rhino-pharyngé, techniques de moucher et antépulsion pharyngo-buccale, aspirations nasales).
7. A participer au moins tous les 3 ans à une formation en kinésithérapie respiratoire pédiatrique.
8. A se conformer aux règles déontologiques professionnelles.
La famille des petits patients reste totalement libre du choix de leur praticien.
9. A recevoir tout patient, quel que soit son type de couverture sociale et respecter la règle « du tact et de la mesure » lors de la présentation des honoraires.
10. A rester personnellement responsable des actes effectués et à posséder une assurance responsabilité civile professionnelle.
11. A signaler à la coordination du Réseau le plus rapidement possible d'éventuels changements de coordonnées professionnelles et de disponibilités pour les gardes.
12. A ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.
13. A être inscrit au tableau de l'ordre des Masseurs Kinésithérapeutes et avoir obligatoirement fourni les numéros d'Ordre ou RPPS à la coordination du Réseau.

L'Association ARB, en collaboration avec les centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose franciliens (CRCM), se propose de coordonner l'offre en kinésithérapie en Ile de France, et d'en assurer la continuité et la qualité. Le réseau se fixe comme objectif la mise en adéquation de l'offre en kinésithérapie et des besoins des patients atteints de mucoviscidose.

14. A respecter les recommandations des conférences de consensus et les recommandations de bonnes pratiques élaborées par les sociétés savantes ou les associations partenaires (Vaincre la Mucoviscidose, fédération des CRCM ...)
15. A aider un confrère dans la prise en charge ponctuelle ou de prendre en charge un nouveau patient atteint de mucoviscidose en fonction de mes disponibilités.
16. A contacter la coordination afin d'assurer la continuité des soins pour vos patients, si nécessaire.

En cochant cette case je m'engage à respecter dans son intégralité ce contrat d'engagement. Mon adhésion ne me décharge en rien de mes responsabilités vis-à-vis de mes patients, ni de mes obligations déontologiques.

La constitution du réseau a fait l'objet d'une déclaration CNIL, et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données personnelles me concernant auprès de : Coordination Administrative de l'association ARB, Hôpital DEBRE, Unité de kinésithérapie, 48 Bd Sérurier, 75019 PARIS.

Nom : Prénom :

Date : ___/___/20___ Signature :