

DEMANDE D'ACCRÉDITATION
ÉTABLISSEMENT



CBCPO
CCCPO

Conseil canadien de la certification
des prothésistes et des orthésistes

En vigueur en date du 30 mai 1994
CONSEIL CANADIEN DE LA CERTIFICATION

DES PROTHÉSISTES ET DES ORTHÉSISTES

DEMANDE D'ACCRÉDITATION - ÉTABLISSEMENT

DIRECTIVES

1. Avant de remplir la présente demande, prière de lire attentivement le manuel ci-inclus afin de connaître les normes et critères régissant l'accréditation des établissements.
2. Prière de dactylographier ou écrire lisiblement (en lettres moulées) .
3. Des droits de 250 \$ en plus des taxes applicables doivent accompagner la demande, qu'il s'agisse d'un renouvellement ou d'une demande initiale.
4. Les candidats qui désirent ajouter des déclarations doivent le faire sur un feuillet séparé portant le nom de l'établissement et le joindre au formulaire.

- Nota : 1. Compter trois mois environ entre la date de transmission de la demande et la décision finale.*
- 2. Les candidats qui ne seraient pas d'accord avec la décision du Conseil disposent de trente jours pour interjeter appel.*

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Date de réception de la demande : _____			
Catégorie O	_____	P	_____ P et O _____
Nouvelle demande	<input type="checkbox"/>	Renouvellement	<input type="checkbox"/>
Droits acquittés	O <input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
Approuvé ()		Refusé ()	
Date d'accréditation	_____		

I. IDENTIFICATION

Date de la demande _____

a) Raison sociale de l'établissement (au complet) : _____

b) Nom du propriétaire : _____

c) Nom et titre du gestionnaire : _____
Certifié : Oui () Non ()

d) Nom du prothésiste/de l'orthésiste en chef : _____

e) Adresse de l'établissement : _____

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Téléphone	Télécopieur	Courriel
-----------	-------------	----------

f) Catégorie d'établissement :

Société privée () Organisme public () Hôpital () Université ()

Autre (préciser) _____

(Nota : Si l'établissement relève de plus d'une catégorie, prière de les indiquer)

g) Date d'ouverture de l'établissement? _____

h) Le cas échéant, inscrire la date de l'accréditation initiale? _____

i) Cocher si la demande est présentée en raison du déménagement de l'établissement
()

II. QUALIFICATIONS

a) **Catégorie d'accréditation postulée :**

Orthétique () Prothétique () Prothétique et orthétique ()

Accréditation complémentaire en : Prothétique () Orthétique ()

Renouvellement de l'accréditation en :

Prothétique () Orthétique () Prothétique et orthétique ()

Les établissements accrédités dans une seule discipline mais qui dispensent des services dans la deuxième discipline, sans compter parmi leur personnel un individu dûment accrédité dans cette deuxième discipline, sont susceptibles de faire l'objet d'une enquête par le Comité d'éthique qui peut mener à la suspension de leur accréditation.

b) **Identification des praticiens certifiés associés**

L'établissement ne compte pas de praticien certifié associé à plein temps ()

Présentement, l'établissement emploie B plein temps les praticiens certifiés suivants :

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

Nom _____

N^o CCC ____ P ____ O ____ Date d'emploi _____

c) Prière d'indiquer si l'établissement répond aux exigences minimales suivantes :

		<i>OUI</i>	<i>NON</i>
1.	Les bureaux d'administration de l'établissement sont séparés des salles de consultation, du laboratoire.		
2.	Le bureau d'accueil et la salle d'attente sont séparés des salles de consultation, du laboratoire.		
3.	L'établissement dispose d'un système de mise à jour des dossiers des patients.		
4.	Les salles de soins sont séparées des laboratoires ou ateliers de travail.		
5.	L'établissement dispose de salles d'appareillage privées. Combien? _____		
6.	L'établissement dispose d'une salle équipée en permanence de barres parallèles, de rampes et de miroirs.		
7.	Le laboratoire (l'atelier de confection des appareils) est séparé du reste de l'établissement.		
8.	L'espace réservé aux patients se trouve au rez-de-chaussée.		
9.	L'établissement est muni d'ascenseurs, de rampes d'accès.		
10.	Les toilettes sont accessibles sans passer par le laboratoire (l'atelier)? Combien? _____		
11.	L'établissement est conforme à la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité, de construction et de protection contre l'incendie.		
12.	L'établissement fait appel à un seul fournisseur.		
13.	L'établissement est en mesure de répondre sur place à tous les besoins de ses patients.		
14.	L'établissement tient un dossier complet sur chaque patient.		
15.	L'établissement a déjà effectué un sondage sur le taux de satisfaction des patients.		
16.	L'établissement dispose d'une politique de remboursement ou de garantie.		
17.	L'établissement dispose des instruments nécessaires et les maintient en bon état de fonctionnement.		

d) **Sondage sur la satisfaction des clients**

Vingt (20) formulaires de SONDAGE SUR LA SATISFACTION DES CLIENTS sont joints à la présente demande. Prière d'inscrire le nom de l'établissement sur le formulaire et faire parvenir celui-ci ainsi que l'enveloppe pré-adressée au CCCPO par la poste aux patients. Il importe de conserver la liste des patients consultés à des fins de référence ultérieure/de suivi.

e) **Résumé de l'analyse du dossier d'un patient**

Prière de décrire le profil d'un dossier-type maintenu par l'établissement ou de transmettre un exemplaire qui devrait comprendre :

- a) des renseignements de base et l'évaluation du patient
- b) des notes sur l'évolution de l'état du patient

L'établissement est tenu de surveiller ses dossiers. Prière de résumer les résultats de façon à établir une méthode de base.

Résumer dans le tableau ci-dessous les résultats de l'analyse la plus récente.

	Dossiers prothétique			Dossiers orthétique		
	% Oui	% Non	% S/O	% Oui	% Non	% S/O
Référence écrite ou prescription						
Évaluation du client avant service						
Problèmes d'identification et interventions						
Résultat des interventions						
Preuves de l'instruction du client/ de sa famille						
Convalescence, rétablissement : instructions fournies						
Correspondance suivie avec l'organisme/ le médecin qui a recommandé le patient						
Nombre de dossiers analysés						

Oui - Conforme aux normes de l'établissement Non - Non conforme aux normes de l'établissement S/O - Sans objet

Nota : Vous êtes libre d'utiliser le format de présentation qui vous convient.

f) **Sondage sur le taux de satisfaction des clients**

Effectuez les sondages et documentez les résultats ci-dessous :

Nombre de patients en prothétique	
Nombre de patients en orthétique	
Nombre de patients comptabilisés	
Pourcentage de patients en orthétique (%)	
Pourcentage de patients en prothétique (%)	
Pourcentage de patients en orthétique satisfaits du service	
Pourcentage de patients en prothétique satisfaits du service	

Nota : Vous êtes libre d'utiliser le format de présentation qui vous convient.

g) **Politique de garantie et de remboursement**

Prière d'expliquer la politique de l'établissement en matière de remboursement et de garantie.

h) JOINDRE LA DOCUMENTATION SUIVANTE À LA DEMANDE D'ACCRÉDITATION :

1. Un plan lisible de l'établissement indiquant la dimension, l'agencement et la disposition du matériel.

2. Une bande-vidéo OU au moins six photos (grandeur minimale de 4 x 5 po, en noir et blanc ou en couleur) de l'établissement :

Vue de face extérieure (); aire de stationnement (); bureau d'accueil (), salle d'attente (), salle d'appareillage (), différentes photos du laboratoire montrant l'équipement de base (), accès aux toilettes ().

3. Un rapport récent produit par les autorités compétentes dans les 12 derniers mois, attestant que l'établissement est conforme à la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité, de construction et de protection contre l'incendie.

4. Des documents prouvant que tout appareil générateur de poussière est relié à un système efficace de récupération de la poussière.

5. Des indications claires quant à l'existence d'un système efficace d'extraction des fumées.

6. Inclure un chèque de 250 \$, plus des taxes applicables.

III. RÉFÉRENCES

Fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de trois références (dont l'une au moins doit être un chirurgien orthopédiste ou un médecin ayant utilisé l'établissement pour dispenser des soins en orthétique ou en prothétique au cours des 12 derniers mois). Les deux autres références peuvent être soit des médecins, soit des professionnels en soins de santé.

1. Nom : _____

N° boîte postale Rue

Ville Prov Code postal

Téléphone Télécopieur : Courriel

Heures durant lesquelles cette personne est disponible _____

2. Nom : _____

N° boîte postale Rue

Ville Prov Code postal

Téléphone Télécopieur : Courriel

Heures durant lesquelles cette personne est disponible _____

3. Nom : _____

N° boîte postale Rue

Ville Prov Code postal

Téléphone Télécopieur : Courriel

Heures durant lesquelles cette personne est disponible _____

IV. VALIDATION

Le soussigné certifie :

- 1) qu'il est un représentant dûment autorisé de l'établissement qui présente cette demande d'accréditation;
- 2) que l'établissement a pour vocation principale de dispenser des soins en prothétique et/ou en orthétique aux personnes souffrant d'un handicap;
- 3) qu'à sa connaissance, l'établissement est conforme à toutes les exigences formulées par le Conseil canadien de la certification des prothésistes et des orthésistes en ce qui concerne les traitements (en prothétique et/ou en orthétique) à l'égard desquels l'établissement postule l'accréditation;
- 4) qu'à sa connaissance, les renseignements communiqués à l'appui de l'admissibilité à l'accréditation de l'établissement sont vrais et exacts.

En foi de quoi le signataire a apposé sa signature en ce _____ jour de _____ 20_____.

Signature et titre du représentant autorisé

Nom du représentant
(en lettres moulées ou dactylographié)

Signature du témoin