**Questionnaire destiné à évaluer la pratique de pratiques non conventionnelles au sein des futures équipes de stage**

1. L’une des pratiques non conventionnelles suivantes est-elle pratiquée au sein de votre équipe, particulièrement par les collaborateurs à temps plein (ou à mi-temps pour les psychiatres et les médecins revalidateurs) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| ACUPUNCTURE |  |  |
| CHIROPRAXIE |  |  |
| HOMEOPATHIE |  |  |
| HYPNOSE ERICSONIENNE |  |  |
| MESOTHERAPIE |  |  |
| PHYTOTHERAPIE |  |  |
| AUTRE (précisez : ….) |  |  |

*Merci de compléter la page suivante en autant d’exemplaires que de collaborateurs concernés.*

Questionnaire destiné au membre de la future équipe de stage pratiquant une Pratique non conventionnelle :

1. Quelle forme de pratique non conventionnelle pratiquez-vous ?
2. Combien d’heures par semaine y consacrez-vous en moyenne ?
3. Quel pourcentage de vos patients soignez-vous au moyen de cette pratique ?
4. Prévoyez-vous pour ce faire des consultations ou rendez-vous spéciaux ?
5. Avez-vous recours à cette technique médicale durant vos consultations normales ?
6. Examinez-vous d’abord chaque patient au moyen de la méthode scientifique classique ?
7. Les patients sont-ils informés par écrit de cette pratique médicale non conventionnelle (par lettre, carte de visite, plaque ou autre ?) Si oui, joindre copie de l’avis en annexe.
8. Avez-vous suivi une formation dans cette pratique médicale ?

Si oui, citez l’institut, l’adresse, la durée et le type de formation (temps plein, week-end,…), éventuellement joindre l’attestation.

1. Pour quelles affections ou diagnostics avez-vous recours à cette thérapie ?

Je certifie que la présente déclaration est complète et sincère.

Signature Cachet