**ANNEXE 1 – Formulaire à destination des professionnels**

**Formulaire à remplir pour une demande de création de cabinet secondaire**

**La procédure de création d’un cabinet secondaire est réglementée par les dispositions suivantes :**

* **Articles R.4322-79 et R.4322-77 du code de la santé publique**
* **Les recommandations déontologiques émises par le Conseil national relatives au partage des locaux, à la composition du local professionnel pour l’exercice de la pédicurie-podologie et aux conditions matérielles nécessaires pour l’exercice de la pédicurie-podologie.**

***PEDICURE-PODOLOGUE*demandeur :**

|  |
| --- |
| Nom :  Prénom :  Année du diplôme :  Numéro d’inscription à l’Ordre :  **Ou SEL demanderesse :**  Dénomination :  Siège social :  Représentée par en sa qualité de  Numéro d’inscription à l’Ordre : |
|  |

***CABINET PRINCIPAL* :**

Adresse :

Date d’installation du cabinet principal :

Numéro de Siret :

Numéro de téléphone - fixe : - portable :

e-mail :

*La création d’un cabinet secondaire est autorisée lorsqu’il existe dans le secteur géographique considéré* ***une carence*** *ou* ***une insuffisance de l’offre de******soins*** *préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins selon l’article R4322-79 et si elle satisfait aux conditions d’exercice définies à l’article R4322-77.*

**Noter l’adresse du cabinet secondaire objet de la demande :**

Détenez-vous un ou plusieurs cabinets secondaires?❑ OUI ❑ NON

Si oui :

Adresse et numéro de Siret du ou des cabinets secondaires :

**ETUDE DU PROJET**

**Date d’ouverture prévue du cabinet objet de la demande :**

**1.** **Titres réguliers :** vous envisagez d’être

|  |
| --- |
| * **Propriétaire de votre cabinet** *(Joindre obligatoirement une copie de votre acte de propriété)* * **Locataire de votre cabinet** *(Joindre une attestation de promesse de location ou le bail)*   **2. Mobilier meublant :** Descriptif dumobilier permettant le stockage de l’instrumentation, des produits pharmaceutiques, la salle d’attente… |
| **3. Matériels techniques et stérilisation :**  Pour recevoir et soigner les patients, ils sont conformes aux recommandations déontologiques concernant les conditions matérielles nécessaires pour l’exercice de la pédicurie-podologie en cabinet voté en Conseil national en juillet 2021  ❑ Oui ❑ Non |

**Afin que votre dossier soit considéré comme complet, il vous appartient de transmettre toutes factures ou devis justifiant la liste du matériel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Facture \* | Devis \* |
| Fauteuil patient avec jambières articulées |  |  |
| Siège praticien |  |  |
| Autoclave de classe B ou justification d’un recours à une solution d’externalisation consacrée à la stérilisation |  |  |
| Unité de soins non transportable |  |  |
| Micromoteur pneumatique ou électrique |  |  |
| Porte instrument rotatif (pièce à main et/ou turbine et/ou contre angle) |  |  |
| Aspiration en cas de soins secs |  |  |
| Table d’examen ou fauteuil patient permettant la position allongée |  |  |
| Système de prise d’empreintes |  |  |
| Appareil de visualisation des empreintes |  |  |
| Un banc de ponçage (touret) avec captation et récupération des poussières/particules |  |  |

\*Justificatifs joints à la demande, susceptible de vérifications

**DESCRIPTIF DU FUTUR LOCAL PROFESSIONNEL**

**4. Pièce distincte :**

Le local dispose-t-il **d’une pièce distincte** pour la réalisation des orthèses plantaires et autres appareillages podologiques ? ❑ OUI ❑ NON

**5. Plan du local et confidentialité :**

**Joindre un plan détaillé de la composition du local** (à l’exclusion de tous croquis à main levée) en indiquant la surface pour chaque pièce, leur attribution et l’emplacement du point d’eau.

Les pièces composant le local professionnel respectent elles le **principe de confidentialité** décrit dansla fiche démarche qualité numéro 13 - téléchargeable depuis le site onpp.fr

❑ OUI ❑ NON

Le local présente-t-il **une zone d’analyse de la marche** suffisante (4 m minimum) ou un tapis de marche

❑ OUI ❑ NON

**6. Dans le cas d’un transfert de cabinet ou d’un rachat, disposez-vous d’un fichier concernant toutes les données personnelles des patients :**

❑ OUI ❑ NON

**7. Partage des locaux :**

**En cas de partage d’une partie du local avec un ou plusieurs professionnels de santé :**

Nom et prénom des professionnels de santé :

Profession exercée :

**Préciser la partie partagée du local :** L’espace de stérilisation ❑ La salle d’attente ❑

Pour rappel : Conformément à la recommandation du Conseil national votée le 18 février 2021, le partage est impossible pour la salle de soins et/ou de consultations ainsi que la pièce distincte destinée à l’exécution des orthèses et autres appareillages podologiques.

La salle de stérilisation peut faire l’objet d’un partage uniquement si elle est séparée et indépendante de la salle de soins et/ou consultations.

**8. Contrat DASRIA :**

**Contrat relatif à l’élimination des déchets****:** (Joindre une copie) ❑ oui ❑ non

Il est recommandé de produire à l’appui de votre demande tous les éléments utiles (motivation de votre projet, nombre de jours de présence hebdomadaire, éléments démographiques…)

Les devis fournis font l’objet d’un engagement. En cas d’autorisation accordée de cabinet secondaire, les factures correspondantes aux devis seront obligatoirement adressées au CROPP dans le mois suivant l’autorisation.

***Date et Signature***