

ACTIVITES D'APPAREILLAGE PAR COMPRESSION (brûlés)**Ateliers intégrés et sous-traitance¹**

Cette fiche concerne uniquement les établissements qui prennent en charge :

- des brûlés nécessitant un **appareillage compressif réalisé avec prise d'empreinte ou prise de mesures**
- en hospitalisation SSR (complète, partielle).

Les consultations au bénéfice de patients non hospitalisés ne rentrent pas dans le champ de ce recueil.

1) NATURE DES APPAREILLAGES

Précisez les appareillages dont bénéficient les patients que vous prenez en charge :

- ☐ **Vêtements compressifs**
- ☐ **Orthèses rigides ou semi-rigides réalisées d'après un moulage** (face, cou, paume de main)

2) DESCRIPTION DES PRATIQUES

Pour chaque type d'appareillage coché au point 1, précisez l'organisation mise en place au sein de votre établissement : pour chaque étape du processus, cochez les cases correspondantes (**plusieurs cases peuvent être cochées simultanément**).

Etapes du processus	Modalités de réalisation	
	Réalisation par des professionnels salariés de l'établissement	Sous-traitance*
Prise d'empreinte – Prise de mesures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confection et modifications du positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réalisation de l'appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptations, application	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien et réparations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Recours à des professionnels qui ne sont pas salariés de l'établissement.

3) DESCRIPTION DES ESPACES DEDIES A L'APPAREILLAGE**➤ NATURE DES LOCAUX**

Disposez-vous, au sein de votre étabt, **pour les appareillages précisés au point 1,**

- ♦ **d'une/de zone(s) de fabrication² ?**
 - ☐ OUI → Surface de cette/ces zone(s) (m² SHON)[_____]
 - ☐ NON
- ♦ **d'une/de zone(s) d'application et d'essayage³ ?**
 - ☐ OUI → Surface de cette/ces zone(s) (m² SHON).....[_____]
 - ☐ NON

➤ EQUIPEMENTS SPECIFIQUES – Conception Fabrication Assistée par Ordinateur

- ♦ **Disposez-vous, au sein de votre étabt, d'équipements de CFAO ?OUI / NON**
 - **Si OUI,** précisez la nature des équipements
 - ☐ **Prise d'empreinte**
 - Date d'acquisition de l'équipement (année).....[_____]
 - Nom du fabricant et références [_____]
 - ☐ **Fraiseuse numérique**
 - Date d'acquisition de l'équipement (année).....[_____]
 - Nom du fabricant et références [_____]

¹ Recours à des professionnels qui ne sont pas salariés de l'établissement (orthoprothésistes libéraux, professionnels exerçant au sein d'autres établissements, ...).

² Salle de plâtre, salle de thermoformage et stratification, atelier de montage et rectification, réserve.

³ Les vestiaires attenants doivent être inclus.

4) ACTIVITE 2010 (réalisée au sein des ateliers intégrés ou sous-traitée)

Pour chaque type d'appareillage précisé au point 1, indiquez les volumes d'activité considérés.

♦ **Vêtements compressifs**

- Nb de patients concernés[]
- Nb de vêtements réalisés[]
 - dont nb de vêtements réalisés par des professionnels salariés de l'étabt[]

♦ **Orthèses sur mesure**

- Nb de patients concernés[]
- Nb d'orthèses réalisées[]
 - dont nb d'orthèses réalisées par des professionnels salariés de l'étabt[]

5) RESSOURCES HUMAINES DE L'ETABLISSEMENT⁴ ASSURANT LA REALISATION DES ACTIVITES D'APPAREILLAGE⁵

Personnel assurant la réalisation d'une ou de plusieurs étapes du processus décrit au point 2⁶. Les activités de rééducation (réapprentissage de la marche par exemple) sont exclues.

	Personnel salarié, mis à disposition, intérimaire	
	Nb d'ETP rémunérés annuels	Montant des rémunérations ⁷ (salaires + charges)
Personnel non médical		
Orthoprothésiste		
Ouvrier orthoprothésiste		
Ergothérapeute		
Couturière		
Autre : précisez		
Personnel médical		

6) ACHATS A CARACTERE MEDICAL

- ♦ Coût de consommables et de matières premières
lié à l'activité des zones de fabrication et d'application-essayage (en €) []

⁴ Personnels dont les charges de rémunération sont supportées par l'établissement.

⁵ Le personnel d'entretien et de maintenance des équipements (machine outil, ...) et des locaux ne rentre pas dans ce cadre.

⁶ Lorsque la fabrication de l'appareillage est sous-traitée, il convient de prendre en compte, le cas échéant, le temps consacré par les professionnels de l'établissement aux activités qu'ils mèneraient conjointement avec les intervenants externes (lors de la phase d'application par exemple).

⁷ Ces données seront automatiquement renseignées en fonction de ce qui aura été déclaré dans la fiche « Caractéristiques générales de l'établissement ».

7) CHARGES LIEES AU MATERIEL EQUIPANT LES ZONES DE FABRICATION ET D'APPLICATION-ESSAYAGE (y compris équipements de CFAO)

➤ Charges annuelles (tous équipements confondus, y compris CFAO)

- ♦ Charges d'amortissement (en €)
- ♦ Crédit-bail (en €)
- ♦ Location (en €)
- ♦ Entretien et maintenance : sous-traitance ou personnel salarié de l'étab⁸ (en €)

➤ CFAO : valeur et modalités d'acquisition ou d'installation des équipements

♦ PRISE D'EMPREINTE

- ☐ Location
- ☐ Crédit-bail
 - ♦ Valeur d'acquisition mentionnée dans le contrat (en €)
- ☐ Achat
 - ♦ Valeur d'acquisition⁹ (en €)
 - ♦ Durée d'amortissement retenue
 - ♦ Type d'amortissement retenu
 - ☐ Linéaire
 - ☐ Autre : précisez

♦ FRAISEUSE NUMERIQUE

- ☐ Location
- ☐ Crédit-bail
 - ♦ Valeur d'acquisition mentionnée dans le contrat (en €).....
- ☐ Achat
 - ♦ Valeur d'acquisition⁹ (en €)
 - ♦ Durée d'amortissement retenue
 - ♦ Type d'amortissement retenu
 - ☐ Linéaire
 - ☐ Autre : précisez

8) PRODUITS GENERES PAR L'ACTIVITE D'APPAREILLAGE

- ♦ Recouvrement de factures émises directement auprès de l'assurance maladie au titre de la réalisation d'un appareillage définitif (en €)
 - Nb de patients correspondants.....
- ♦ Autres produits¹⁰ (en €).....

9) CHARGES LIEES A LA SOUS-TRAITANCE DES ACTIVITES D'APPAREILLAGE

Charges supportées par l'établissement dans le cadre des hospitalisations SSR qu'il assure. Il s'agit des factures (exprimées en nomenclature LPPR) émises par les intervenants externes (orthoprothésistes) et qui correspondent aux activités d'appareillage qui sont sous-traitées par l'établissement.

- ♦ Montant global des factures (en €)
- ♦ Nb de patients.....

⁸ Entretien et maintenance du matériel (fraiseuses, extracteur d'air, ...).

⁹ Valeur d'acquisition hors ristournes et rabais.

¹⁰ Location de la zone d'application mise à disposition des orthoprothésistes externes, appareillage au bénéfice de patients non hospitalisés au sein d l'établissement,