**QUESTIONNAIRE DANS LE CADRE DU CONTROLE KAPPA**

Veuillez compléter ce document et remettre au responsable du Collège Local le jour de la visite.

**IDENTIFICATION DE LA MRPA/MRS**

Numéro INAMI:

Nom:

Adresse:

**NOMBRE DE PATIENTS PAR CATÉGORIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégorie** | **Nombre de patients au ……………………………………….[[1]](#footnote-1)** | **Nombre de patients au ……………………………………….[[2]](#footnote-2)** |
| MRPA - O |  |  |
| MRPA - A |  |  |
| MRPA - B |  |  |
| MRPA - C |  |  |
| MRPA - Cdément |  |  |
| MRPA - D |  |  |
| MRS - B |  |  |
| MRS - C |  |  |
| MRS - Cdément |  |  |

**PERSONNEL SOUS CONTRAT OU NOMMÉ PAR QUALIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre d'ETP au ……………………………………….[[3]](#footnote-3)** |
| Infirmières A1 |  |
| Infirmières A2 |  |
| Personnel soignant |  |
| Kiné - Ergo - Logo |  |
| Réactivation |  |

Date:

Signature du responsable:

1. date du recommandé de l’annonce de la visite [↑](#footnote-ref-1)
2. date de la visite, situation avant modification des catégories par le Collège Local [↑](#footnote-ref-2)
3. date de la visite [↑](#footnote-ref-3)