

 **ANNEXE n° 1**

**Dossier de candidature régional**

**Appel à candidature (AAC) : TELEMEDECINE EN EHPAD 2018**

**« Développement d’une activité de téléconsultation et de téléexpertise en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) »**

**Nom de l’EHPAD porteur du projet :**

**Numéro du département :**

Identification de la personne chargée du présent dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

Nombre d’EHPAD concernés (y compris le porteur) :

1 : 2 :

3 : 4 :

5 : 6 :

7 : 8 :

9 : 10 :

11 : 12 :

13 : 14 :

15 :

Spécialités médicales présentées :

Filière n°1 :

Fillière n°2 :

Acte TTE : oui non

**SIGNATURE DU PORTEUR :**

|  |
| --- |
| 1-1. Présentation de l’EHPAD porteur du projet |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du coordonnateur du projet :** | ……………………………………………………………………….. |
| Date prévisionnelle de prise de fonction : | ……………………………………………………………………….. |
| Recrutement : | interne | externe |  |
| Poste actuel : | ………………………………………………………………………………………… |
| Profil, qualification : | ………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1-2. Présentation des EHPAD du projet (hors EHPAD porteur) |

EHPAD n°1 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°2 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°6 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°7 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°8 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°9 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°10 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°11

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°12 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°13 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

EHPAD n°14 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ………………………………………………… | FINESS géographique  | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | FINESS juridique | …………………………………………. |
| Adresse | ………………………………………………… | CP | …………………………………………. |
|  | ………………………………………………… | Commune | …………………………………………. |
| Courriel | ………………………………………………… | Téléphone | ………………………………………….. |
| Nom du directeur | ………………………………………………………………………………………………................ |
| Nom du logiciel métier (Dossier Patient Informatisé) | ………………………………………………………………………………………………….. |
| MSS :  |  oui non |
| PAACO/Globule : |  oui non |
| Déménagement à venir |  oui (date : XX/XX/XX) non |

|  |
| --- |
| 1-3. Cartographie des EHPAD du projet  |

Il est demandé au candidat de joindre une cartographie permettant la géolocalisation des EHPAD du projet.

|  |  |
| --- | --- |
| 1-4. Description du projet  |  |

* **Existence d'un constat et des problématiques qui en découlent :**

* **Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action** **:**

* **Présentation des filières de soins développées en médecine spécialisée hors odontologie (2 a minima) :**

**Pour l’ensemble des filières de soins présentées par le candidat, une lettre d’engagement de chaque médecin ou structures requis pour l’activité de télémédecine devra être jointe au dossier.**

**Filière n°1 :**

|  |
| --- |
| Spécialité médicale concernée : Besoin actuel (nombre de résidents ayant un besoin de prise en charge) : Description du parcours de soin actuel :    Description du parcours de soin avec l’usage de la téléconsultation et du lien avec le médecin traitant :       Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : *(ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ;* *image d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)*Accompagnement du patient lors de la téléconsultation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Un acte de téléexpertise sera-t-il réalisé en complément des téléconsultations : oui non* Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice : * Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice : * Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice :  |

**Filière n°2 :**

|  |
| --- |
| Spécialité médicale concernée : Besoin actuel (nombre de résidents ayant un besoin de prise en charge) : Description du parcours de soin actuel :    Description du parcours de soin avec l’usage de la téléconsultation et du lien avec le médecin traitant :       Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : *(ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ;* *image d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)*Accompagnement du patient lors de la téléconsultation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Un acte de téléexpertise sera-t-il réalisé en complément des téléconsultations : oui non* Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice : * Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice : * Médecin requis en télémédecine (Nom et prénom) :

 Exercice libéral Exercice salarié : nom de la structure Adresse du lieu d’exercice :  |

*(copier/coller pour ajouter filières de soins si souhaité)*

* **OPTIONNEL : Présentation de la filière de soins développée avec les médecins traitants incluant l’acte TTE**

|  |
| --- |
| Description du parcours de soin actuel :    Description du parcours de soin incluant l’acte TTE :       Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de téléconsultation : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : …………………………………………….. modalité de recueil : *(ex : traitements en cours, modalité de recueil : dossier patient ;* *image d’une plaie, modalité de recueil : appareil photo)*Accompagnement du patient lors de la téléconsultation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Liste des médecins traitants engagés :

Nom et prénom : Adresse du lieu d’exercice : Nom et prénom : Adresse du lieu d’exercice : Nom et prénom : Adresse du lieu d’exercice :  *(copier / coller pour ajouter des médecins traitants)* |

|  |
| --- |
| 1-5. Evaluation du projet |

**Méthodes d’évaluation, indicateurs choisis, périodicité :**

|  |
| --- |
| 1-6. Informations complémentaires éventuelles   |