

 **ANNEXE n° 1**

**Dossier de candidature régional**

**Appel à candidature (AAC) : TELEMEDECINE EN UNITE SANITAIRE 2018**

**« Développement d’une activité de téléconsultation et de téléexpertise en Unité Sanitaire (US) »**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement Porteur du Projet :** **(CH de rattachement porteur de l’US)** |  |
|  |  |
| **Nom de l’Unité Sanitaire :** |  |
|  |  |
| **Numéro du département :**  |  |

Identification de la personne chargée du présent dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**SIGNATURE DU PORTEUR :**

|  |
| --- |
| 1-1. Présentation des acteurs  |

**L’Unité Sanitaire :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | ……………………………………………… | FINESS géographique  | ………………………………………. |
|  | ……………………………………………… | FINESS juridique | ………………………………………. |
| Adresse | ……………………………………………… | CP | ………………………………………. |
|  | ……………………………………………… | Commune | ………………………………………. |
| Nom du médecin responsable de l’US | ……………………………………………………………………… |
| Courriel | ……………………………………………… | Téléphone | …………………………………… |

Le CH de rattachement somatique :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | …………………………………………………………………………………………………………. |
| FINESS juridique | ………………………………………………………………………………………………………….. |
| Adresse | ………………………………………………………………………………………………………….. |
| CP | ……………………………………………… | Commune | ………………………………………. |

**Le CH de rattachement psychiatrique** *(si différent du somatique)***:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | …………………………………………………………………………………………………………. |
| Adresse | …………………………………………………………………………………………………………. |

**Personne désignée référente du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du référent :** | ………………………………………………………………………………….. |
| Fonction actuelle : | ………………………………………………………………………………….. |
| Lieu d’exercice :  | ………………………………………………………………………………….. |
| Téléphone :  | ………………………………………………………………………………….. |
| Courriel :  | ………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1-2. Description du projet  |  |

* **Présentation des filières de soins développées :**

**Filière somatique n°1 (hors odontologie) :**

|  |
| --- |
| Spécialité médicale concernée :  Téléconsultation TéléexpertiseBesoin actuel (nombre de patients ayant un besoin de prise en charge) : Description du parcours de soin actuel :    Nombre d’extractions réalisées en 2017 pour cette spécialité médicale : ………………………………..Délais actuel de prise en charge pour cette spécialité médicale : ………………………………………..Description du parcours de soin avec l’usage de la télémédecine :      Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de télémédecine : …………………………………………….. 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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Médecin(s) requis en télémédecine :

Nom et prénom : Nom et prénom : Nom et prénom :  |

**Filière psychiatrique :**

**Une lettre d’engagement du CH psychiatrique devra être jointe au dossier.**

|  |
| --- |
| Spécialité psychiatrique :  Téléconsultation TéléexpertiseBesoin actuel (nombre de patients ayant un besoin de prise en charge) : Description du parcours de soin actuel :    Nombre d’extractions réalisées en 2017 pour cette spécialité médicale : ………………………………..Délais actuel de prise en charge pour cette spécialité médicale : ………………………………………..Description du parcours de soin avec l’usage de la télémédecine :       Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de télémédecine : …………………………………………….. 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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Médecin(s) requis en télémédecine :

Nom et prénom : Nom et prénom : Nom et prénom :  |

**Cas particulier des US qui auraient déjà développées de la télémédecine en psychiatrie et/ou qui ne présenteraient pas un besoin de télémédecine en psychiatrie (ex : SMPR à proximité de l’US):**

**Filière somatique n°2 (hors odontologie) :**

|  |
| --- |
| Spécialité médicale concernée :  Téléconsultation TéléexpertiseBesoin actuel (nombre de patients ayant un besoin de prise en charge) : Description du parcours de soin actuel :    Nombre d’extractions réalisées en 2017 pour cette spécialité médicale : ………………………………..Délais actuel de prise en charge pour cette spécialité médicale : ………………………………………..Description du parcours de soin avec l’usage de la télémédecine :      Type de données cliniques recueillies pour réaliser l’acte de télémédecine : …………………………………………….. 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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Médecin(s) requis en télémédecine :

Nom et prénom : Nom et prénom : Nom et prénom :  |

* **Cartographie de l’existant technique et des évolutions possibles de l’Unité Sanitaire et des CH de rattachement**

Il est demandé au candidat de joindre, en annexe du dossier de candidature, la cartographie réalisée par le GIP ESEA.

Votre contact GIP ESEA : Jean-Christophe DRAPIER, 05 49 50 93 13, jean-christophe.drapier@esea-na.fr (joignable dès à présent hors période du 23 juillet au 15 août inclut)

|  |
| --- |
| 1-4. Evaluation du projet |

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

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