

**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 Téléexpertise  Besoin 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 Téléexpertise  Besoin 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 Téléexpertise  Besoin 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](mailto: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 |