# I:\DIRECTION_GENERALE\COMMUNICATION\COM EXTERNE\EVENEMENTIELS EXTERNES\2015\Journee_qualite_securite_18112015\Invitation\ARS_NA_LOGO_RVB.jpgAnnexe n°5

**ARS-TIRET-ADRESSE haut**

**« IDE de nuit en EHPAD »**

**- Dossier de candidature -**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure porteuse** |  |
| **Nom des EHPAD partenaires** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Zone géographique** |  |
| **Département** |  |

**1. Déclaration de candidature**

**1.1. Identification des promoteurs**

***Structure porteuse***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 1***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 2***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 3***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 4***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 5***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

***Partenaire 6***

**Nom :**

**Adresse :**

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Nombre de places d’HP/HT/AJ :**

**N°FINESS géographique :**

*Remarque : il peut y avoir moins de 6 partenaires, l’important étant que le nombre de places de l’ensemble de ces structures soit compris entre 160 et 500 places. De plus, la durée d’intervention de l’IDE entre la structure porteuse et ses partenaires doit être inférieure à 30 minutes.*

**Insérer une carte représentant le positionnement géographique des EHPAD**

**1.2. Lettre de candidature**

*Insérer en pièce jointe une lettre signée par l’ensemble des structures et acteurs parties prenantes, actant de leur engagement dans le projet.*

*Des représentants des usagers peuvent être inclus dans la démarche.*

**2. Projet**

*Ce diagnostic doit s’appuyer sur les travaux déjà conduits et être complété par les indicateurs demandés dans l’AAC.*

* **Les caractéristiques générales du territoire (démographiques, géographiques, économiques, offre de santé…) et leurs particularités :**

* **L’inscription du dispositif dans le territoire doit être détaillée (quelle est l’articulation avec l’HAD, la MAIA, le SSIAD, SAAD, les CH, les acteurs du maintien à domicile…) quelle est la plus-value de ce dispositif par rapport aux dispositifs existants ? Quelle est l’articulation prévue avec les acteurs du territoire ? :**

* **Caractéristique des résidents des EHPAD du projet :**

* **Quelles sont les modalités de mise en œuvre du projet ? COPIL ? Comment sera organisée la continuité du projet sur 365 nuits / an ?**

* **Quels sont les moyens demandés ? Quelle sera la contribution financière des établissements ?**

* **Transformation d’une place d’HT existante en place d’HT d’urgence.** Quels sont les acteurs actuels du territoire qui participeront à l’entrée / sortie de la personne âgée ? Quelles sont les modalités de mise en œuvre ? Quelle communication est prévue ? Donner des précisions sur le fonctionnement actuel de l’HT.

* **Transmettre un diagnostic si possible sur 3 mois ou plus avec comme indicateurs :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDICATEURS** | Mars-19 | Avril-19 | Mai-19 |
| Nombre d’appels la nuit (..h-..h) vers le Centre 15, SAMU, le médecin de garde, SOS médecins. |  |  |  |
| Nombre d’hospitalisations non programmées la nuit (..h-…h) |  |  |  |

* **Commentaires / précisions éventuelles**