

Dossier de candidature

***«*Déploiement de la pratique avancée en**

**Nouvelle-Aquitaine - *Option :* *Les pathologies chroniques stabilisées, prévention et pathologies courantes en soins primaires »***

**PORTEUR DU PROJET**

**PROFESSIONNEL INFIRMIER DEMANDEUR DU FINANCEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom d’usage**  **Nom patronymique**  **Prénom** |  |
| **Adresse personnelle** |  |
| **Code postal** |  |
| **Commune** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalité(s) d’exercice** |  |

**STATUT JURIDIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° SIRET** |  |
| **N° ADELI** |  |
| **N° ORDRE INFIRMIER** |  |

**PROJET D’EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE**

|  |
| --- |
| **UNIVERSITE ACCRÉDITÉE CHOISIE POUR L’OPTION :** |
| **A cocher selon priorité (N°1 – N°2 – N°3 – N°4)**  **N°□ Bordeaux**  **N°□ Limoges**  **N°□ Poitiers**  **N°□ Autre, précisez** |

|  |
| --- |
| **Admission prévue en 2019-2020**  **Objectifs du projet professionnel (définition des objectifs poursuivis) et insertion dans le territoire :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Maison de santé, centre de santé ou communauté professionnelle territoriale de santé impliqué(e) dans le projet :** |
| * **Nom :** * **Adresse :** * **Courriel :** * **Téléphone :** * **Organigramme de la structure :** |

|  |
| --- |
| **Territoire correspondant à la zone d’attractivité et d’action couvert par la maison de santé, le centre de santé ou la communauté professionnelle territoriale de santé** |
|  |

|  |
| --- |
| **PROJET DE COLLABORATION :** |
| * **Principes et modalités du partenariat interprofessionnel dans le cadre de l’exercice en pratique avancée :** * **Acteurs** * **Public cible** * **Principes d’organisation** * **Modalités d’organisation et de suivi** * **Modalités de mesure de l’impact de la collaboration :** * **Engagement au respect de la mise en place et du suivi des indicateurs suivants, à titre d’exemples :**  |  |  | | --- | --- | | **Quantitatifs** | **Qualitatifs** | | **- Nombre de patients suivis**  **- Consultations à domicile**  **- Actes techniques**  **- Actes de suivi et de prévention**  **- Examens de biologie médicale prescrits**  **- Prescriptions médicales**  **- Augmentation du nombre de patients pris en charge non connus de la structure** | **- RH 30 (ré hospitalisations à 30 jours)**  **- HPE (hospitalisations potentiellement évitables)**  **- Qualité de vie perçue par les patients** | |
|  |

**Pièces à joindre impérativement**

□ Curriculum vitae de l’infirmier(e)

***□*** Courrier d’engagement de l’infirmier, spécifiant l’exercice de 3 ans dans la zone sous dense choisie

□ Justificatifs de revenus année n-1 (avis d’imposition par exemple)

***□*** RIB professionnel + RIB structure

***□*** Justificatif cotisation à l’ordre et justificatif inscription ADELI

***□*** Courrier d’engagement des médecins partenaires de la maison de santé, le centre de santé ou la communauté professionnelle territoriale de santé, en précisant l’expérience pédagogique le cas échéant (accueil stagiaires par exemple)