**ANNEXE 2 BIS**

**Centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT)**

**Dossier de demande d’habilitation**

**CLAT Antenne**

**Annexe relative à l’antenne**

Il est rappelé qu’une annexe au dossier d’habilitation du CLAT principal relative à l’antenne

est à renseigner par l’antenne

Site d’implantation de l’antenne

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Indiqué par [oui / non] dans le tableau ci-dessous les missions effectuées par l’antenne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Missions des CLAT** | **OUI / NON** |
| **Missions dans le domaine de la lutte contre la tuberculose** | 1- accueille, écoute, informe et oriente les publics par des actions individuelles et collectives |  |
| 2 - met en œuvre les enquêtes autour d’un cas et en assure le suivi |  |
| 3 - réalise des dépistages ciblés de la tuberculose auprès des publics à risque |  |
| 4 - assure la vaccination antituberculeuse |  |
| 5 - contribue au suivi médical et médicosocial des personnes traitées pour la tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente |  |
| 6 - assure gratuitement le suivi médical et la délivrance nécessaire au traitement de la tuberculose pour les personnes éloignées du soin |  |
| 7 - promeut et contribue à la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des autres professionnels de santé intéressés |  |
| 8 - contribue, en lien avec les agences régionales de santé et l’Agence nationale de santé publique – Santé publique France, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire |  |
| **Missions dans le domaine de la prévention des autres risques** | 9 - réalise les actions de prévention en particulier du sevrage tabagique des personnes suivies dans le CLAT |  |
| 10 - propose un bilan préventif aux personnes éloignées du système de prévention et de soins notamment la consultation pour les personnes migrantes primo-arrivantes |  |

**1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualité des professionnels mentionnés au IV de l’annexe I de l’arrêté du 27 novembre 2020 intervenant en son sein et listés dans le tableau ci-après. Elle en précise le temps de présence, la formation, l’expérience et la fonction (joindre au dossier d’habilitation les *curriculums vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des professionnels).

***Composition***

* Pour l’équipe minimale : *(remplir le tableau ci-dessous).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualité** | **Préciser : formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures** |
|
| ***Médecin généraliste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Médecin spécialiste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Infirmier diplômé d'Etat** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Secrétaire** |  |  |  |
| **Assistant social** |  |  |  |

* La structure doit justifier les recours aux professionnels intervenant à titre facultatif.

*(Choix du ou des professionnels concernés dans le tableau ci-dessous, le cas échéant).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualité** | **Préciser : formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures** | **Modalités de consultations\*** |
| **Manipulateur (trice) radio** |  |  |  |  |
| **Autres professionnels de santé : préciser** |  |  |  |  |
| **Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé…) : préciser** |  |  |  |  |

**\* Consultations dans le centre : noter « Centre » ; dans le cadre d’un partenariat externe : noter « Partenariat »**

***Formation***

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. Il est admis que les centres qui ne peuvent pas exercer d’emblée l’ensemble des missions puissent fournir ces attestations dans le délai des deux ans de mise en conformité accordé par l’ARS.

**2/ Informations relatives aux lieux et équipements :**

La structure décrit :

1. Les locaux fixes ou mobiles (c'est-à-dire le local principal, les actions hors les murs) et les lieux d'intervention :

(*Joindre le plan des locaux*),

* Pour les locaux fixes : *Précisez*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de pièces** | **Décrivez** |
| **Bureau d’accueil permettant de respecter la confidentialité** |  |  |
| **Salle d'attente** |  |  |
| **Salle pour la consultation médicale** |  |  |
| **Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et de crachat et la prise en charge par le personnel infirmier** |  |  |
| **Pièce pour un travail social** |  |  |
| **Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux** |  |  |
| **Pièce individuelle d’isolement (facultatif)** |  |  |
| **Zone d'archivage des dossiers fermant à clef** |  |  |
| **Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CLAT** |  |  |

Pour les Antennes ayant uniquement une unité mobile (Préciser):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Décrivez** |
| **Unité mobile utilisée** |  |
| **Condition d’accueil** |  |
| **Condition de réalisation de la consultation médicale** |  |
| **Condition pour la réalisation des prélèvements sanguins et de crachat et la prise en charge par le personnel infirmier** |  |
| **Condition de travail pour un travail social** |  |
| **Zone d'archivage des dossiers fermant à clef** |  |
| **Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CLAT** |  |

La structure précise l’accessibilité de ces locaux (desserte transports en commun, accès direct ou non, visibilité pour le public, accès pour les personnes handicapées)

* Pour les activités effectuées hors les murs :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centres pénitentiaires…)** | **Type d'intervention  (information, sensibilisation, dépistage…)** | **Moyens (humains, matériels...) mis en œuvre** | **Périodicité d’action** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. L’équipement et le matériel :

*(Exemple : matériel adapté aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaine du froid, trousses d’urgence…) ; matériel informatique permettant le suivi des consultations et l’extraction des données de suivi d’activité et épidémiologiques).*

1. Les conditions de conservation des données, relatives aux usagers permettant de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :
2. Les conditions de respect de l’hygiène et d’élimination des déchets d’activités de soins à risque infectieux (joindre les protocoles et conventions éventuelles) :
3. Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments et des vaccins :

**3/ Conditions générales de fonctionnement :**

La structure candidate précise sur l’antenne :

1. Le nombre de demi-journées d'ouverture :
2. Les horaires d’ouverture, les horaires des consultations (avec et sans rendez-vous) et de la permanence téléphonique :
   * Horaires d’ouverture :
   * Horaires de consultations :
   * Permanence téléphonique :
3. La signalétique envisagée pour l’indication de la localisation, affichage des horaires d’ouverture à l’entrée du site, répondeur téléphonique, site internet ou autres…
4. Autres : Les procédures encadrant la réalisation des missions, les procédures d’assurance qualité et autres pièces à fournir => se référer au dossier d’habilitation du « CLAT site principal »