



Direction de l’offre de soins

Dossier à compléter et

à envoyer par mail à ***ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr***

# Parcours de soins global après le traitement du cancer

#  en Nouvelle-Aquitaine

AAP Mai 2023

**Date limite de réponse : lundi 31 juillet 2023**

|  |
| --- |
| **Le porteur du projet :**Représentant légal : Adresse :Numéro Finess :Référent du dossier (NOM, prénom, fonction) :Contact courriel :Contact téléphone :  |
| Coordonnateur de la structure (NOM, prénom) :Contact courriel :Contact téléphone :  |
| Présenter succinctement la structure porteuse du projet (si besoin joindre des documents en annexe).……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Décrire le parcours global proposé pour les patients, l’organisation des bilans et des consultations de suivi.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Le forfait prévoit la réalisation d’un bilan APA permettant l’élaboration d’un plan personnalisé. Quelles suites pensez-vous proposer aux bénéficiaires pour mettre en œuvre ce plan ? Quels partenaires avez-vous identifiés ? S’agit-il d’offres APA gratuites ou payantes pour les participants ?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter succinctement le périmètre géographique couvert (si besoin joindre des documents en annexe).……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Estimer la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et présenter les modalités de calcul. Préciser, si adapté, le nombre de patients déjà pris en charge pour un cancer en lien avec la structure.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter le profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire), la répartition par âge, l’origine géographique (code postal) de la file active du parcours, si possible.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Lister dans le tableau les professionnels et/ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure (Nom, Mail, spécialités, implantation géographie des professionnels engagés).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du professionnel | Nom de l’association | Adresse mail du professionnel/association | Spécialité (diététicien, éducateur APA, psychologue) | Implantation géographie des professionnels engagés | OBLIGATOIRE Joindre en annexe les diplômes, certificats ou titres de formation + justificatifs d’expérience des professionnels (Cf. article 3 de l’arrêté du 24 décembre 2020 (notamment dans le domaine de l’oncologie) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| Présenter l’organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat…) et/ou la mobilisation des dispositifs de coordination.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter les missions des professionnels intervenant dans le parcours (projets de convention comprenant la rédaction des comptes rendus de bilans et de séances, les conditions de retour d’information au médecin prescripteur et au médecin traitant, ...).………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Décrire les modalités de transmission d’informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n’est pas le prescripteur.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter les partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours et/ou convention entre structures.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter l’estimation du budget prévisionnel en lien avec la file active estimée (si besoin joindre un tableau de synthèse en annexe) / Détail du nombre de séances, des forfaits ainsi que le caractère individuel ou collectif et leur durée.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Présenter le calendrier de mise en œuvre du projet présenté.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| A fournir en annexe : engagement de la structure et des professionnels à participer à une websession d’information sur les soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie « Onco Nouvelle-Aquitaine ». |

Date et signature du représentant

 légal de l’établissement