# NOM ETABLISSEMENT :

# FICHE ADMINISTRATIVE : SUPRESSION

Merci de bien vouloir renseigner cette fiche en plus des modules Nature de la demande (notamment la partie spécifique sur la suppression d’un PUI) et Identification de la structure. Veuillez également joindre les pièces demandées.

1. DEMANDE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments demandés** | **Réponse de l’établissement et/ou pièces jointes** | **Réservé ARS** |
| Motif de la demande | Avec fermeture de l’établissement de santé  Sans fermeture de l’établissement de santé |  |
| Décrire les éléments établissant que l'existence d'une pharmacie à usage intérieur n'est plus justifiée et préciser les moyens envisagés pour répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charges par l'établissement, service ou organisme. | Dans module Nature de la demande p.6 |  |
| Motivation de la demande | Impératifs économique  Restructuration juridique  Autre raison : (préciser) |  |
| Moyens envisagés pour répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par la structure | Convention avec un pharmacien titulaire d’officine  Autre PUI du GHT  Membre d’un GCS titulaire d’une autorisation PUI  Si structure non partie GHT ou non membre GCS convention de coopération avec un pharmacien |  |
| Calendrier de mise en œuvre de la suppression de la PUI  Date  Nécessité de réalisation de travaux |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Dénomination document** | **Réservé ARS** |
| Engagement daté et signé du demandeur précisant que le représentant légale de l’établissement « *s’engage à l’issue de la suppression de la PUI, en cas de refus d’autorisation de la cession par le directeur général de l’ARS, à ce que le stock de produits de santé détenus par la PUI soit dénaturé et détruit dans les conditions réglementaires en vigueur* » |  |  |

1. ACTIVITE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments demandés** | **Réponse de l’établissement et/ou pièces jointes** | **Réservé ARS** |
| Nombre de place devant être pris en charge quotidiennement par la pharmacie | Dans module Nature de la demande p.7  Par activité ou discipline   * Médecine : * HAD :  Chirurgie : * Gynécologie-Obstétrique : * Psychiatrie : * Soins de suite ou de réadaptation : * Soins de longue durée : * Médico-social : |  |
| La prise en charge des patients ou résidents est-elle planifiée et organisée ? |  |  |
| Missions et activités prévues pour son propre compte ou pour le compte d’autres PUI | Dans module Nature de la demande p.2-3 |  |
| Missions confiées à une autre PUI | Dans module Nature de la demande p.3 |  |

1. PERSONNEL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments demandés** | **Réponse de l’établissement et/ou pièces jointes** | **Réservé ARS** |
| Effectifs de la pharmacie prévus pour l’exercice des missions de la pharmacie et ETP exprimés en demi-journées hebdomadaire | Dans module Nature de la demande p.8 |  |
| Nom du pharmacien chargé de la gérance |  |  |
| Numéro d’inscription des pharmaciens à l’ordre |  |  |
| Le devenir des personnels placés sous la responsabilité de l’établissement est-elle clairement définie et acceptée ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Dénomination document** | **Réservé ARS** |
| Organigramme hiérarchique et fonctionnel |  |  |
| Fiches de poste de l’ensemble du personnel de la PUI |  |  |

1. LOCAUX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments demandés** | **Réponse de l’établissement et/ou pièces jointes** | **Réservé ARS** |
| Site(s) d’implantation des locaux de la PUI | Dans module Nature de la demande p.9 |  |
| Différents sites d’implantation des établissements , services ou organismes desservis par la pharmacie, le cas échéant zone géographique d’intervention des établissements d’hospitalisation à domicile ou des unités de dialyse à domicile desservies par la PUI | Dans module Nature de la demande p.9 |  |
| La destination future des locaux est-elle prévue ? |  |  |
| En cas de restructuration en PUI multi-site, préciser le devenir des locaux de stockage gaz médicaux, destinés à la vente au public … |  |  |
| Modalités envisagées pour la dispensation ou le retrait des médicaments et des produits ou objets mentionnés aux articles L. 4211-1 et L. 5137-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles sur le ou les sites prévus au 4° ainsi qu'au domicile des patients pris en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile ou une unité de dialyse à domicile |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Dénomination document** | **Réservé ARS** |
| Plan de masse détaillé et coté des locaux situant la PUI |  |  |
| Plan A3 détaillé et côtés des locaux |  |  |
| En cas échéant planning des travaux |  |  |
| En cas de restructuration en PUI multi-site, plan des locaux résiduels |  |  |

1. EQUIPEMENT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments demandés** | **Réponse de l’établissement et/ou pièces jointes** | **Réservé ARS** |
| La reprise ou la destruction des stocks est-elle organisée ? |  |  |
| Décrire le devenir des équipements présents à la PUI |  |  |
| Si cession des stocks, identité du responsable légal |  |  |
| Si cession des stocks, modalité de cession |  |  |
| Organisation de la reprise ou la destruction des médicaments stupéfiants |  |  |
| Si suppression définitive de la PUI, organisation de la cession ou de la destruction des matériels sensibles |  |  |
| Si suppression définitive de la PUI, organisation de la transmissions des archives et dossiers médicaux |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Dénomination document** | **Réservé ARS** |
| Liste qualitative et quantitative des produits de santé cédés |  |  |

1. COOPERATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Dénomination document** | **Réservé ARS** |
| Convention ou projet de convention lorsque la PUI exercer une missions ou une activité pour le compte d’une autre PUI ou qu’elle confie une mission ou une activité à une autre PUI |  |  |
| Pour les GCS, le convention constitutive |  |  |
| Pour les GCS, le règlement intérieur |  |  |
| Pour les établissements parties à un GHT, le projet de pharmacie du projet médical partagé |  |  |
| Convention ou projet de convention prévues au I de l’article L5126-10 |  |  |
| Convention avec le pharmacien envisagé pour assurer la responsabilité de la détention et de la dispensation des produits de santé dans la structure |  |  |