**Annexe 2 : rapport annuel d’activité**

1. **Présentation de l’EMRR**
	1. **Identification et présentation de l’établissement support**

Nom de l’établissement :

Numéro FINESS géographique de l’établissement de rattachement :

Nombre de lits et places en SSR par spécialités

* 1. **Identification et présentation du territoire d’intervention**

Territoires de santé concernés

* 1. **Identification de l’EMRR**

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Date de début de l’activité de l’EMRR : mm/aaaa

Nom du coordinateur :

* 1. **Présentation de l’équipe au 31 / 12 N-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profession** | **Effectif** | **Nombre total d’ETP\* affecté à l’EMRR** |
| **Rééducateur** |   |   |
| **Coordonnateur rééducateur** |   |   |
| **Assistant social**  |   |   |
| **Secrétariat** |  |  |
| Autre |  |  |

\* Equivalent Temps Plein

# Fonctionnement et organisation de l’équipe

**Lieux d’intervention :**

* + - Domicile hors HAD………. 🞏
		- Domicile à la demande de l’HAD……….🞏
		- Services de SSR hors CH de proximité………….🞏
		- Services MCO hors CH de proximité…………. 🞏
		- CH de proximité………...🞏
		- EHPAD………..🞏
		- Structures médico-sociales autres …………..🞏
		- Autres

**Coordonnées des sites d’intervention de l’EM (Hors domicile et site de rattachement) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’Etablissement | adresse | Code postal | Commune | Unité/service |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Modalités d’intervention

L’EMRR a-t-elle une ligne téléphonique dédiée en externe? …………………… 🞏 oui 🞏 non

L’EMRR a-t-elle mis en place une (des) procédure(s) de demandes formalisée(s) 🞏 oui 🞏 non

L’EMG dispose-t-elle :

* d’un bureau individualisé …………………………………………………. 🞏 oui 🞏 non
* d’un secrétariat individualisé…………………………………………………… 🞏 oui 🞏 non
* d’une salle de réunion pour les STAFFS … …… ……………………… 🞏 oui 🞏 non

L’EMRR a accès au dossier informatisé du patient interne à l’établissement demandeur ………………………………………………………………………………………………..🞏 oui 🞏 non

L’intervention de l’EMRR est tracée dans le dossier du patient ………… ……….… 🞏 oui 🞏 non

Les résultats des évaluations sont intégrés au dossier du patient ………………..…. 🞏 oui 🞏 non

L’EMRR utilise le DMP pour partager les informations médicales en dehors de l’établissement

………………………………………………………………………………………………..🞏 oui 🞏 non

# Organisation de la coordination et de la concertation

Existe-t-il une concertation pluridisciplinaire formalisée en interne à l’EMRR :

 Occasionnelle 🞏 hebdomadaire 🞏 mensuelle 🞏

Appel systématique au médecin traitant ………………………………………………🞏 oui 🞏 non

Courrier systématique adressé au médecin traitant par l’EMRR …………...………🞏 oui 🞏 non

Le cas échéant, la transmission de l’information  se fait-elle via le Compte-rendu d’hospitalisation?

…………………………………………………………………………………………….. 🞏 oui 🞏 non

# Ressources

|  |  |
| --- | --- |
| Montant de la dotation perçue |  |
| Charges de personnel  |  |
| Frais de structure  |  |
| Autres charges (communication, coordination, amortissements….) |  |

1. **Profil des patients**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Patients vus dans l’année** | **NOMBRE** |
|  | Nombre de patients différents vus dans l’année (file active) |  |
|  |  Dont nombre de nouveaux patients pour l’EMRR  |  |
|  | Nombre de réouverture de dossiers pour un patient suivis par le passé |  |
|  | Nombre de dossiers clôturés dans l’année |  |
|  | **Sexe des patients de la file active** |  |
|  | Nombre d’hommes  |  |
|  | Nombre de femmes  |  |
|  | **Age des patients de la file active** |  |
|  |  moins de 20 ans  |  |
|  | de 20 ans à 60 ans  |  |
|  | De 60 à 75 ans  |  |
|  | de 75 ans et plus |  |
|  |  - TOTAL |  |
|  | **Lieu de vie habituel**  |  |
|  | Domicile  |  |
|  | EHPAD |  |
|  | Etablissement médico-social |  |
|  | Autre |  |
|  | Distance moyenne parcourue |  |
|  | Distance maximale parcourue |  |
|  | **Situation professionnelle** |  |
|  | En emploi |  |
|  | Sans emploi |  |
|  | Situation MDPH au moment de la demande |  |
|  | **Type de pathologie** |  |
|  | AVC |  |
|  | Traumatisme crânien |  |
|  | Sclérose en plaques |  |
|  | Pathologie tumorale |  |
|  | Anoxie |  |
|  | Paralysie cérébrale |  |
|  | Autre pathologie neurologique |  |
|  | Autre |  |
|  | **Score moyen de dépendance (PMSI**) |  |
|  | Physique |  |
|  | Cognitive |  |
|  | **Ancienneté de la déficience** |  |
|  | < 6 mois |  |
|  | Entre 6 mois et 1 an |  |
|  | Entre 13 mois et 5 ans |  |
|  | Plus de 5 ans |  |

1. **Activité de l’EMRR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre d’intervention de l’EMRR (1 déplacement = 1 intervention)** | **NOMBRE TOTAL** |
|  | Evaluation pluridisciplinaire à domicile hors HAD |  |
|  | Evaluation pluridisciplinaire à domicile sur demande HAD |  |
|  | Evaluation pluridisciplinaire en établissement sanitaire/ préparation sortie/orientation |  |
|  | Evaluation pluridisciplinaire en établissement médico-social |  |
|  | Consultation simple à domicile  |  |
|  | Conseil téléphonique ou régulation par téléphone |  |
|  | Bilan psychologique |  |
|  | Bilan ergothérapeute |  |
|  | Bilan social |  |
|  | Coordination de prise en charge post-hospitalière |  |
|  | Coordination de prise en charge à domicile |  |
|  | **Nombre de demandes par demandeur**  | **NOMBRE TOTAL** |
|  | Services MCO |  |
|  | Services SSR |  |
|  | HAD |  |
|  | Médecins traitants |  |
|  | Etablissements médico-sociaux hors Ehpad |  |
|  | EHPAD |  |
|  | Patients à domicile |  |
|  | Etablissements Psychiatriques |  |
|  | Autres (préciser) |  |
|  | **Nombre de refus** | **NOMBRE TOTAL** |
|  | Tableau clinique hors champ des missions de l’EMRR |  |
|  | Zone géographique incompatible |  |
|  | Autre |  |
|  | **Délai d’intervention** |  |
|  | Entre la date d’appel et la date de la première intervention (en jours) |  |
|  | **Durée de prise en charge** |  |
|  | Nombre moyen de visites par patient |  |
|  | Amplitude moyenne de la prise en charge (durée moyenne entre ouverture et clôture du dossier, en jours) |  |
|  | **Indicateurs qualité (pour les patients suivis par l’EMRR)** |  |  |
|  | Taux d’hospitalisations dans l’année des patients suivis à domicile |  | % tous services confondus |
|  |  En service de médecine |  | % |
|  |  En service de chirurgie |  | % |
|  |  En service SSR |  | % |

**Annexe 3 – Trame type de candidature**

1. **Identification et présentation de l’établissement support**
* Nom de l’établissement :
* Numéro FINESS géographique de l’établissement de rattachement :
* Nombre de lits et places en SSR par spécialités :
1. **Identification et présentation du territoire d’intervention**
* Territoires de santé concernés :
* En cas d’intervention sur un périmètre plus restreint que les territoires tels que délimités par le cahier des charges, identification des communes desservies :
1. **Description des missions et des modalités d’intervention**
* Dans le cas où une équipe mobile serait déjà mobilisée, décrire les modalités d’intervention et le public visé :
* En l’absence d’équipe et de manière prévisionnelle, renseigner les points suivants :
* Modalités d’intervention (process envisagé pour les interventions à domicile ou en établissement de santé) :
* Prévisionnel d’activité (nombre prévisionnel d’intervention et de patient pris en charge) :
* Patients cibles (profil pathologique et besoin) :
1. **Partenaires identifiés**
* Décrire la capacité de mutualisation avec d’autres équipes mobiles et avec d’autres ressources du territoire :
* Décrire les partenariats existants avec différents services SSR sur le territoire :
1. **Organisation**

Compétences et quotités de temps mobilisés

* Temps de rééducateur ([kinésithérapeute](https://www.kineactu.com/article/625-journee-mondiale-contre-l-avc-indispensables-kines) ou ergothérapeute) :
* Temps de de coordonnateur rééducateur (médecin ou soignant) :
* Temps d’assistante sociale :
* Temps de secrétariat :
1. **Moyens matériels dédiés et coût prévisionnel annuel**