



 **DOSSIER D’EVALUATION**

 Activité de soins de suite et de réadaptation



 Nom de l’établissement

***Modalité(s)****:*

* **Non spécialisés**
* **Spécialisés**
* Affections de l’appareil locomoteur
* Affections du système nerveux
* Affections cardio-vasculaires
* Affections respiratoires
* Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien
* Affections onco-hématologiques
* Affections des brûlés
* Affections liées aux conduites addictives
* Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

## REMPLIR UN DOSSIER PAR SITE GEOGRAPHIQUE D’UNE MEME ENTITE JURIDIQUE,

## POUR TOUTES LES ACTIVITES REALISEES SUR CE SITE

**RAPPEL DE LA PROCEDURE**

Les dispositions de l’article L6122-10 du code de la santé publique (CSP) prévoient que le titulaire d’une autorisation d’exercer une activité de soins ou d’exploiter un équipement matériel lourd adresse les résultats de l’évaluation de son activité à l’agence régionale de santé (ARS) au plus tard quatorze mois avant l’échéance de l’autorisation.

Cette évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 5 ans. Toutefois, lorsqu’il s’agit du premier renouvellement d’autorisation, l’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à quarante mois. (Article R. 6122-23 du CSP)

En région Hauts de France, les modalités de dépôt sont les suivantes : envoi d’une version papier en trois exemplaires par lettre recommandée avec avis de réception à la Direction de l’Offre de Soins, Sous-Direction des établissements de santé et envoi d’une version électronique en format Word du dossier d’évaluation sur la BAL ars-hdf-dos-planif-auto-contract@ars.sante.fr

L’instruction de ce dossier doit permettre un renouvellement tacite de l’autorisation. Dans le cas contraire, le titulaire est enjoint de déposer, à l’occasion de la première période de dépôt qui s’ouvre, une demande de renouvellement de l’autorisation accompagnée du dossier justificatif conformément à l’Article R. 6122-33 du CSP.

Afin de faciliter la transmission des évaluations relatives à l’activité de soins de suite et de réadaptation et d’homogénéiser la nature des informations reçues par l’ARS, un **dossier-type** vous est proposé. Si vous ne souhaitez pas utiliser ce support, vous veillerez à adresser à l’ARS une évaluation répondant aux exigences imposées par l’art. R.6122-32-2 du CSP.

**Attention : le dossier-type se décompose en une fiche « socle commun » et des fiches par mention spécialisée. Vous devez renseigner à la fois la fiche « socle commun » et, le cas échéant, la ou les fiche(s) correspondant à la ou aux mention(s) spécialisée(s) autorisées.**

Si l’établissement est autorisé à prendre en charge les enfants et/ou adolescents, la fiche relative aux enfants/adolescents et, le cas échéant, la ou les fiche(s) correspondant à la ou les mention(s) autorisées devront être renseignées.

**Cadre réglementaire**

Code de la santé publique (CSP) :

* Articles L.6122-1 et suivants, et R.6122-23 et suivants du CSP.
* Articles L6124-1 relatif à la voie de fixation des conditions de fonctionnement des établissements de santé.
* Articles R.6123-118 à R.6123-126 du Code de la santé publique, relatifs aux conditions d’implantation applicables à l’activité de SSR.
* Articles D.6124-177-1 à D.6124-177-53 du Code de la santé publique, relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l’activité de SSR.
* Articles D.6124-301 à 305, relatifs aux structures de soins alternatives à l’hospitalisation.
* Articles L.1161-2 et 3, relatifs au dispositif général de l’éducation thérapeutique.
* Articles D.1161-1 et 2, relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
* Arrêté du 2 août 2010,relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
* [Circulaire N°DHOS/O1/2008/305](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18785.pdf) du 03 octobre 2008 relative au décret n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l’activité de soins de suite et de réadaptation.
* Arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d’activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d’informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.
* Arrêté du 23 juillet 2018 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8.

Code de l’action sociale et des familles :

* Articles D.313-6 et 11, relatifs à la procédure d’autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d’accueil

**Aide au remplissage**

**Le dossier se compose en 5 parties**

* La première consacrée à la **présentation globale de l’établissement**
* La deuxième consacrée au **socle commun**
* La troisième inclut **une fiche par mention spécialisée**
* La quatrième concerne les autorisations de **SSR pédiatriques**, toutes mentions confondues
* Les annexes

**Les fiches « socle commun » et chacune des fiches relatives aux mentions spécialisées suivent le même schéma :**

* Activité
* Personnel
* Equipements
* Dans les fiches « mentions spécialisées », les spécificités des prises en charges qui s’y attachent ainsi éventuellement que les typologies de patients sont rappelées en amont et doivent être décrites.

**La mention « obligatoire » renvoie aux indications réglementaires. La mention « recommandé » renvoie aux préconisations et instructions, notamment à la circulaire DHOS/O1 n°2008\_305 du 3 octobre 2008**

La notion de SSR « polyvalent » correspond à l’activité non spécialisée.

Sous chaque partie est prévue une **zone de commentaire libre** pour préciser les particularités de l’organisation mise en œuvre

# Présentation de l’établissement

Tableau «autorisations détenues par l’établissement » : vise à décrire le panorama de l’ensemble des autorisations détenues, et pour chacune les évolutions capacitaires

* Sont à cocher l’ensemble des autorisations détenues mention par mention.
* Dans les colonnes « capacités prévues » doivent être indiquées les capacités envisagées lors du projet déposé pour l’autorisation initiale
* Dans la colonne « capacités installées » doivent être mentionnées les capacités effectivement présentes au sein de l’établissement. Si des autorisations ont été autorisées et non installées, zéro doit être indiqué comme capacité installée

Visite de conformité : vise à rappeler les observations éventuelles retranscrites dans le rapport de visite de conformité et à mentionner les réponses ou corrections apportées par l’établissement.

Reconnaissances contractuelles : vise à décrire les reconnaissances contractuelles de l’établissement et pour chacune les capacités prévues/installées suivant la logique décrite plus haut. Compte tenu des précisions précédentes, les capacités intégrées au tableau précédent dans la ligne «affections non spécialisées » doivent être au moins égales au total des capacités mentionnées dans ce tableau.

Données PMSI : vise à décrire le case mix SSR de l’établissement, toutes autorisations SSR confondues.

Les items suivants concernent l’ensemble de la structure SSR et ne se retrouvent plus ailleurs dans le dossier.

# Socle commun et fiches « mentions spécialisées »

## La fiche « socle commun » correspond à :

* l’ensemble de la structure pour les établissements sans mention spécialisée,
* la partie SSR polyvalent pour les établissements autorisés pour des mentions spécialisées mais disposant néanmoins d’une capacité installée en non spécialisés,
* **les structures sans capacité installée en SSR polyvalent doivent tout de même renseigner cette fiche hormis le tableau « Activité ».**

**Les données PMSI** à renseigner sont celles du **case mix du SSR polyvalent** de l’établissement, comprenant les reconnaissances contractuelles, le cas échéant.

**Le personnel et les équipements** à décrire dans le socle commun sont **ceux du SSR polyvalent**. Certaines compétences telle « assistant de service social », « profession sociale » ou « profession éducative » sont intégrées dans cette partie et peuvent concerner l’ensemble de la structure (Non répétées ailleurs)

## Les fiches « mentions spécialisées »

Le dossier comprend 9 fiches spécialisées.

Sont à renseigner les fiches correspondantes aux autorisations détenues et à renouveler (cf. date d’échéance)

* Une fiche doit être renseignée par mention spécialisée détenue et par entité géographique

**Pour chaque fiche :**

* Sont décrits les **missions spécifiques et/ou les types de patients** relevant de la spécialité concernée. Doivent être **cochées les prises en charge effectivement réalisées** au sein de l’établissement.
* Les **données PMSI à renseigner sont celles du case mix de la mention spécialisée** concernée.
* Le **personnel et les équipements à décrire sont ceux dédiés à la mention spécialisée** concernée.

# La fiche « Prise en charge des enfants et adolescents »

Equivalent du socle commun pour les adultes.

* Une fiche à renseigner par mention spécialisée détenue en pédiatrie
* A dupliquer autant que nécessaire.

CONTENU

PRESENTATION GLOBALE DE L’ETABLISSEMENT 6

1. Dossier administratif 6

2. Présentation des autorisations de l’établissement 7

3. Modalités actuellement autorisees 9

**4. Visite de conformite 9**

**5. Activites specifiques (reconnaissances contractuelles de l’etablissement) 10**

**6. Données PMSI de la partie SSR de l'établissement 11**

**7.Système d'information 11**

**8. Projet thérapeutique (d.6124-177-1 et 5) 12**

**9. Continuite des soins (d.6124-177-4) 12**

10. Conventions de coopération 12

11. Certification 13

12. Résultats de l’évaluation selon les engagements pris lors de la demande initiale 13

13. Evolution de l’activite et respect des engagements 14

1.1 Evaluation par rapport au renouvellement de l'autorisation

1.2 Evolution envisagée

14. Actualisation de la partie relative a l’evaluation et renouvellement des engagements 15

1.1 Engagements relatifs à l'évaluation de l'activité dans la perspective de la période d'autorisation renouvelée à venir

1.2 Engagements du demandeur prévus à l'article R.6122-32-1-e

FICHE 1 - SOCLE COMMUN - SSR NON SPECIALISES 16

FICHES SPECIALISEES 20 à 66

ANNEXES 67

#### PRESENTATION GLOBALE DE L’ETABLISSEMENT

## DOSSIER ADMINISTRATIF

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulaire de l’autorisation** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse du lieu d’implantation** |  |
| **Nom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Nom et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

## PRESENTATION DES AUTORISATIONS DE L’ETABLISSEMENT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Autorisée**OUI/NON | **Installée**OUI/NON | **Capacités installées** |
|  | **Lits** | **Places** |
| Médecine en hospitalisation complète  |  |  |  |  |
| Médecine en hospitalisation à temps partiel |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
| Chirurgie en hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Chirurgie ambulatoire |  |  |  |  |
| Gynécologie-obstétrique |  |  |  |  |
| Néonatologie avec ou sans soins intensifs (préciser) |  |  |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de jour |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de nuit |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Placement familial thérapeutique |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Appartements thérapeutiques |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation de jour |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation de nuit |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile – Placement familial thérapeutique |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile – Appartements thérapeutiques |  |  |  |  |
| réanimation – adulte  |  |  |  |  |
| réanimation – pédiatrique |  |  |  |  |
| médecine d’urgence |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités  |
| USLD |  |  |  |  |
| Cardiologie interventionnelle |  |  |  |  |
| Traitement de l’insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |
| AMP-DPN |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |
| Traitement du cancer – Radiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chimiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chirurgie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Curiethérapie |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |
| Examen des caractéristiques génétiques d’une personne ou identification d’une personne par empreintes génétiques à des fins médicales |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |

|  |  |
| --- | --- |
| **EQUIPEMENT MATERIEL LOURD**  | **Nombre** |
| **Sur site** | **Par convention** |
| Caméra à scintillation sans détecteur d’émission de positons |  |  |
| Caméra à scintillation avec détecteur d’émission de positons |  |  |
| Tomographe à émissions |  |  |
| Caméra à positons |  |  |
| Appareil d’IRM à utilisation clinique |  |  |
| Scanographe à utilisation médicale |  |  |
| Caisson hyperbare |  |  |
| Cyclotron à utilisation médicale |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme d’Education thérapeutique**  | **Date d’autorisation** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MODALITES ACTUELLEMENT AUTORISEES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | AutoriséeOUI/NON Préciser la date d’autorisation et/ou du dernier renouvellement d’autorisation | InstalléeOUI/NON Préciser la date de mise en œuvre | Capacités installées |
|  | **Lits** | **Places** |
| **Capacité totale de la structure SRR** |  |  |  |  |
| **SSR ADULTES** |  |  |  |  |
| SSR – Non spécialisés |  |  |  |  |
| SSR – Affections de l’appareil locomoteur |  |  |  |  |
| SSR – Affections du système nerveux |  |  |  |  |
| SSR – Affections cardio-vasculaires |  |  |  |  |
| SSR – Affections respiratoires |  |  |  |  |
| SSR – Affectons du système digestif, métabolique et endocrinien |  |  |  |  |
| SSR – Affections onco-hématologiques |  |  |  |  |
| SSR – Affections des grands brûlés |  |  |  |  |
| SSR – Affections des conduites addictives |  |  |  |  |
| SSR – Affections de la personne âgée, polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance |  |  |  |  |
| **SSR ENFANTS / ADOLESCENTS** *(préciser quelle tranche d’âge)* |  |  |  |  |
| SSR – Non spécialisés |  |  |  |  |
| SSR – Affections de l’appareil locomoteur |  |  |  |  |
| SSR – Affections du système nerveux |  |  |  |  |
| SSR – Affections cardio-vasculaires |  |  |  |  |
| SSR – Affections respiratoires |  |  |  |  |
| SSR – Affectons du système digestif, métabolique et endocrinien |  |  |  |  |
| SSR – Affections onco-hématologiques |  |  |  |  |
| SSR – Affections des grands brûlés |  |  |  |  |
| SSR – Affections des conduites addictives |  |  |  |  |

**Préciser les lieux d’implantations si l’établissement dispose de la même modalité sur plusieurs sites**VISITE DE CONFORMITE* Date de la visite de conformité :
* Des réserves ont été formulées lors de la dernière visite de conformité : Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, préciser les réserves : Ces réserves ont-elles été levées ? Oui [ ]  Non [ ] Décrire l’état d’avancement du plan d’action mis en place pour lever ces réserves : * Des modifications en termes d’organisation affectant l’activité sont-elles intervenues depuis la visite de conformité ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, préciser :ACTIVITES SPECIFIQUES  Indiquer les activités spécifiques ayant fait l’objet de reconnaissances contractuelles par l’ARS telles que :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Autorisé**OUI/NON | **Installé**OUI/NON | **Capacités installées** |
|  | **Lits** | **Places** |
| Unité de soins palliatifs  |  |  |  |  |
| Unité cognitivo-comportementale  |  |  |  |  |
| Unité EVC / EPR  |  |  |  |  |
| Basse vision |  |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |  |
| Soins palliatifs |  |  |  |  |
| Viroses chroniques |  |  |  |  |
| Etablissement SSR associé en cancérologie |  |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |  |

 |
| Indiquer les missions d’intérêt général pouvant faire l’objet d’un financement par dotation

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mis en œuvreOUI / NON |
| Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptationSi oui, nombre de patients suivis par an : |  |
| Les consultations d'évaluation pluriprofessionelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) |  |
| Equipes Mobiles de Rééducation Réinsertion (EMRR)[[1]](#footnote-1) |  |

*DONNEES PMSI DE LA PARTIE SSR DE L’ETABLISSEMENT* |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

1. **SYSTEME D’INFORMATION**

L’établissement dispose-t-il d’un dossier patient informatisé ? Oui [ ]  Non [ ]

Dispose-t-il d’un dossier informatisé propre au SSR ? Oui [ ]  Non [ ]

L’établissement est-il impliqué dans via-trajectoire ? Oui [ ]  Non [ ]

Nombre d’admissions par via-trajectoire/Total admissions en hospitalisation complète

### PROJET THERAPEUTIQUE (D.6124-177-1 ET 5)

Décrire le projet thérapeutique individualisé, sa formalisation, sa réévaluation (espace de concertation pluridisciplinaire formalisé) et quels sont les participants. ***Si le projet thérapeutique est formalisé, le joindre en annexe et ne pas renseigner cette partie.***

### CONTINUITE DES SOINS (D.6124-177-4)

Décrire les modalités d’organisation de la continuité de la prise en charge et de la permanence des soins :

* **Médicale :**

Garde Oui [ ]  Dédiée SSR [ ]  Partagée MCO[ ]  Non [ ]

Astreinte Oui [ ]  Dédiée SSR [ ]  Partagée MCO[ ]  Non [ ]

Nombre de praticiens participant à la permanence des soins (nuits, week-ends, jours fériés) :

* **Paramédicale :**

IDE en permanence Oui [ ]  Non [ ]

Kinésithérapie les week-ends et jours fériés Oui [ ]  Non [ ]

* Décrire les liens développés avec la prise en charge de ville pour organiser la continuité de la prise en charge afin d’éviter les ré hospitalisations non programmées :

# CONVENTIONS DE COOPERATION

* Préciser uniquement les modifications susceptibles d’être intervenues depuis la dernière visite de conformité :

Dans ce cas, joindre les conventions et /ou avenants

* Existence d’une convention avec un ou plusieurs établissements dits associés pour la pratique de la chimiothérapie
	+ Si oui, lesquels,
	+ Date des conventions (les joindre)
* L’établissement est-il inscrit dans une ou plusieurs filières ? Oui [ ]  Non [ ]
* Membre d’un ou plusieurs réseaux ? Oui [ ]  Non [ ]
* SRR identifié dans le projet médical du GHT dans le cadre d’une filière spécifique

 Oui [ ]  Non [ ]

* Impliqué dans d’autres partenariats ? Oui [ ]  Non [ ]

#

# CERTIFICATION

* + Date du dernier rapport de la visite de certification HAS :
	+ Développer les points particuliers sur lesquels doivent porter les efforts de l’établissement concernant l’activité de soins de suite et de réadaptation :
	+ Points sur la mise en œuvre des actions correctives :

# RESULTATS DE L’EVALUATION SELON LES ENGAGEMENTS PRIS LORS DE LA DEMANDE INITIALE

* + Résultats du recueil et du traitement des indicateurs mentionnés au c du 4° de l’article R.6122-32-1 :

 **Evaluation de l’activité globale :**

* Nombre de séjours
* Durée moyenne de séjour
* Taux d’occupation

 **Evaluation de la qualité des soins :**

 *Indicateurs de qualité (Haute Autorité de Santé)* :

* Tenue du dossier patient
* Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation
* Traçabilité de l’évaluation de la douleur
* Dépistage des troubles nutritionnels
* Traçabilité du risque d’escarre

*Autres indicateurs proposés par l’établissement* :

* + Résultats de la participation des personnels à la procédure d’évaluation prévue au d du 4° de l’article R.6122-32-1 :
	+ Résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients prévue au e du 4° du même article :

# EVOLUTION DE L’ACTIVITE ET RESPECT DES ENGAGEMENTS

* 1. **Evaluation par rapport au renouvellement de l’autorisation**

**Respect des conditions prévues par les articles L. 6122-2 et L. 6122-5 du Code de la santé publique :**

1. Cohérence de l’activité avec le projet médical ou les objectifs médicaux adoptés par la CME dans le cadre du projet d’établissement :
2. Pertinence du renouvellement au regard de l’offre de soins et de la réponse aux besoins dans le cadre de la zone d’activité de soins :
3. Compatibilité avec les objectifs fixés par le PRS :
4. Etat de réalisation des objectifs du CPOM conclu entre l’établissement et l’ARS (R.6122-23) :
5. Mise en œuvre des éventuelles conditions particulières de l’autorisation :

**Compatibilité avec le projet médical partagé du GHT (pour les établissements concernés) :**

* 1. **Evolution envisagée**
1. Projets d’évolution concernant les autorisations :
2. Projets d’évolution concernant les locaux :
3. Projets d’évolution concernant les personnels :
4. Projets d’évolution concernant le fonctionnement :
5. Projets d’évolution concernant les réseaux et autres coopérations :
6. Autres projets d’évolution :

# ACTUALISATION DE LA PARTIE RELATIVE A L’EVALUATION ET RENOUVELLEMENT DES ENGAGEMENTS

* 1. Engagements relatifs à l’évaluation de l’activité dans la perspective de la période d’autorisation renouvelée à venir

Mise à jour **des critères d’évaluation** de l‘autorisation (évaluation prévue au 4° de l’article R6122-32-1) :

* Objectifs fixés  pour mettre en œuvre les objectifs du SRS-PRS notamment au regard de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient et opérations auxquels le demandeur entend répondre :
* Le cas échéant, indicateurs supplémentaires envisagés en vertu du dernier alinéa de l’article R 6122-24 du Code de la Santé Publique ainsi que les modalités de recueil et de traitement desdits indicateurs:
* Modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus au même article :
* Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation :
* Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients :
	1. Engagements du demandeur prévus à l’Article R.6122-32-1-e

Je soussigné, M (me) …, (fonction) …, m’engage à:

* respecter le montant des dépenses d’assurance maladie et le volume d’activité en application de l'article [L. 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F5A08080BFCB374C8290D6ADF1875C22.tpdjo17v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690818&dateTexte=&categorieLien=cid) ;
* respecter les caractéristiques du projet initial ;
* respecter les dispositions réglementaires en vigueur et mettre en œuvre les évaluations prévues ;

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature.

#### FICHE 1 – SOCLE COMMUN- SSR NON SPECIALISES

*Correspond à l’ensemble de la structure pour les établissements qui n’ont pas de capacité installée en mention spécialisée*

*Correspond au SSR polyvalent pour les établissements avec mention(s) spécialisée(s) mais disposant néanmoins de capacités installées en non spécialisés*

*Les structures sans capacité installée en SSR polyvalent doivent renseigner cette fiche mis à part le tableau « Activité »*

# Activité

A renseigner uniquement pour la capacité installée en « polyvalent ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de prise en charge** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de Journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour) DMS |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et continuité des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure (le joindre en annexe) |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions d’adressage pour les filières spécialisées, notamment :

* Pour les AVC (UNV)
* Pour le court séjour gériatrique

Liste des conventions avec les établissements médico-sociaux permettant de faciliter la sortie des patients :

# Personnel

## Equipe pluridisciplinaire obligatoire (D.6124-177-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Médecin (préciser la qualification de chaque praticien) |  |  |
| IDE |  |  |
| Assistant du service social |  |  |
| Profession sociale |  |  |
| Profession éducative |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |
| **Ratio personnel/ Nb de lits** (D6124-177-3) chiffre indicatif |  |

Article D.6124-177-3 : les effectifs du personnel sont adaptés au nombre de patients effectivement pris en charge, et à la nature et l’intensité des soins que leur état de santé requiert.

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur** (D6124-177-2) :

Identité :

Spécialité :

Coordonnées *(Mail / Numéro de téléphone) :*

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles**

# Equipements

## **Equipements obligatoires** (D.6124-177-6 à D.6124-177-8)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Espaces nécessaires à l’entourage du patient | Obligatoire |  |  |
| Espaces de convivialité et/ou de vie et de jeux (Enf/Ado) | Obligatoire |  |  |
| Chambres d’hospitalisation équipées d’un à deux lits | Obligatoire |  |  |
| Chambres d’hospitalisation équipées d’un dispositif d’appel adapté à l’état du patient | Obligatoire |  |  |
| Accès aux fluides médicaux | Obligatoire |  |  |
| Espaces adaptés à la nature de la prise en charge | Obligatoire |  |  |
| Chariot d’urgence accessible en permanence | Obligatoire |  |  |
| Accès à un plateau technique d’imagerie médicale |  |  |  |
| Réalisation d’analyses de biologie médicale |  |  |  |

##

## Equipements minimaux souhaitables (Circulaire ou recommandés)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Plateau de kinésithérapie, ergothérapie (préciser si le plateau est ouvert par voie de convention à des kinésithérapeutes libéraux) |  |  |  |
| Equipements de psychomotricité |  |  |  |
| Plateau technique d’exploration fonctionnelle et de rééducation spécialisée |  |  |  |
| Atelier fauteuil-roulant |  |  |  |
| Espaces de circulation équipés de main courante et de couloirs de déambulation |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles**

#### FICHE 2 – SSR SPECIALISES - *AFFECTIONS DE L’APPAREIL LOCOMOTEUR*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Deux séquences par jour ouvré dont une séance individualisée des pratiques thérapeutiques suivantes : Kinésithérapie, ergothérapie, orthoprothésiste ou psychomotricité (D.6124-177-19) |  |
| Rééducation complexe et intensive, c’est-à-dire multidisciplinaire *(au moins deux intervenants paramédicaux différents d’au moins 2h/jour, dont 1 en séquence individualisée)* |  |
| Mise en place, suivi et adaptation d’appareillages ou d’aides techniques |  |
| Capacité d’assurer une surveillance médicale et/ou un traitement médical important en raison de facteurs de comorbidité ou de risques cliniques/séquelles/complications de l’affection causale |  |
| Capacité d’assurer la poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux d’occupation moyen (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure (le joindre en annexe) |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions d’adressage par des établissements chirurgicaux :

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Equipement d’électro physiothérapie |  |  |  |
| Balnéothérapie |  |  |  |
| Atelier d’ajustement des aides techniques |  |  |  |
| Atelier d’appareillage |  |  |  |
| Atelier de confection de prothèses |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |

## Equipements minimaux souhaitables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Plateau de kinésithérapie avec appareils spécifiques (isocinétisme, physiothérapie, équipement de rééducation de l’équilibre de la marche, réentrainement à l’effort…) |  |  |  |
| Plateau d’ergothérapie avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Accès à un EMG |  |  |  |
| Accès à un atelier fauteuil roulant (CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008) |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-17/D.6124-177-18)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| MPR |  |  |
| Masseur Kiné |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| **Compétences potentiellement mobilisables***(D.6124-177-19)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Orthoprothésiste |  |  |
| Psychomotricien |  |  |

##

## Autres compétences potentiellement mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Chirurgien orthopédiste |  |  |
| Rhumatologue |  |  |
| IDE |  |  |
| Podologue |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : MPR Oui [ ]  Non [ ]

Formation attestée : Oui [ ]  Non [ ]

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 3 – SSR SPECIALISES - *AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Prise en charge dans au moins 3 des 5 pratiques suivantes : Kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie (D.6124-177-24)*(au moins 2 séquences d’une de ces pratiques/patients et par j ouvré, dont 1 en séquence individualisée)* |  |
| Rééducation complexe et intensive, multidisciplinaire *d’au moins 2h/jour* |  |
| Mise en place, suivi et/ou adaptation d’appareillage(s) ou d’aide(s) technique(s) |  |
| Capacité d’assurer une surveillance médicale et/ou un traitement médical important en raison de facteurs de comorbidité ou de risques cliniques/séquelles/complications de l’affection causale |  |
| Capacité d’assurer la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux d’occupation moyen (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-23, D.6124-177-25) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Accès à une unité de réanimation ou de SI  |  |  |  |
| Electromyographie |  |  |  |
| Electroencéphalographe |  |  |  |
| Laboratoire d’urodynamique |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |

## Equipements minimaux souhaitables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Plateau de kinésithérapie avec appareils spécifiques (isocinétisme, physiothérapie, équipement de rééducation de l’équilibre de la marche, réentrainement à l’effort…) |  |  |  |
| Plateau d’ergothérapie avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel |  |  |  |
| Plateau d’orthophonie et neuropsychologie avec matériel de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication (support informatique) |  |  |  |
| Atelier appareillage et/ou ajustement d’aide(s) technique(s) ou technologique(s) |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Accès à un atelier fauteuil roulant |  |  |  |
| Accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions d’adressage par des établissements pour les filières spécialisées, notamment avec les établissements dotés de services neurologies et d’UNV :

Indiquer la liste des conventions avec les établissements d’aval : notamment les établissements pour personnes en situation de handicap et/ou les structures d’HAD :

#

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-21/D.6124-177-22)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| MPR |  |  |
| neurologue |  |  |
| Masseur Kiné |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Psychologue |  |  |
| IDE |  |  |
| **Compétences potentiellement mobilisables***(D.6124-177-24)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Neuropsychologue |  |  |
| Psychomotricien |  |  |

##

## Autres compétences potentiellement mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Neurochirurgien |  |  |
| Orthopédiste |  |  |
| Orthoprothésiste |  |  |
| Podologue |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Animateur |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Algologue |  |  |
| Urologue |  |  |
| Sexologue |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : MPR Oui [ ]  Non [ ]

Formation attestée : Oui [ ]  Non [ ]

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 4 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Rééducation complexe et intensive multidisciplinaire *d’au moins trois h/jour* |  |
| Mise en place, suivi et/ou adaptation d’une assistance respiratoire et/ou d’une ventilation chronique |  |
| Surveillance médicale et/ou d’un traitement important en raison des risques inhérents à la spécialité |  |
| Poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour (réa, post-opératoire précoce.) |  |
| Gestion de l’urgence cardiologique (recommandé) |  |
| Réentrainement complexe avec réévaluation cardiologique quotidienne *(recommandé)* |  |
| Accès à une unité de soins intensifs de cardiologie (article D.6124-177-29) (préciser comment cet accès est assuré) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies ou situations prises en charge ( recommandé)** | **O / N** |
| Cardiopathie avec ischémie résiduelle sévère |  |
| Insuffisance cardiaque sévère |  |
| Rééducation post greffe ou post chirurgie cardiaque |  |
| Complications d’une chirurgie cardiaque |  |
| Cardiopathies congénitales chez les enfants (pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents) |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-29 et D.6124-177-31) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Echographe | obligatoire |  |  |
| Installations d’épreuves d’effort | obligatoire |  |  |
| Espaces d’entrainement physique | obligatoire |  |  |
| Monitorage par télémétrie | obligatoire |  |  |
| Equipement de réa cardiaque (défibrillateur, matériel d’intubation et de ventilation) | obligatoire |  |  |
| Salle d’urgence | obligatoire |  |  |
| * avec Lit(s) équipé(s) de cardioscope
 | obligatoire |  |  |
| * avec Chariot d’urgence et de réanimation cardiaque
 | obligatoire |  |  |

## Equipements souhaitables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Plateaux de reconditionnement à l’effort |  |  |  |
| Fluides médicaux en salle d’épreuve d’effort et de rééducation |  |  |  |
| Système d’épreuve cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d’oxygène |  |  |  |
| Saturomètre |  |  |  |
| Système de surveillance électrocardiographique ambulatoire continue avec mémorisation des événements |  |  |  |
| Cardio-fréquencemètres |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions d’adressage pour les filières spécialisées, notamment avec les établissements dotés d’USIC :

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-27/D.6124-177-28)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| MPR |  |  |
| Cardiologue |  |  |
| Masseur-Kiné |  |  |
| IDE |  |  |
| Diététicien |  |  |
| **Continuité des soins assurée par un médecin** *(D.6124-177-30)* | **OUI / NON** | **Précisions / Obs** |
| Qualifié spécialiste / compétent en cardiologie et médecine des affections vasculaires |  |  |
| Qualifié spécialiste en pathologie cardio-vasculaire |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : Cardiologie Oui [ ]  Non [ ]

 MPR Oui [ ]  Non [ ]

## Formation attestée en cardiologie: Oui [ ]  Non [ ]

## Autres compétences mobilisées, recommandées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Médecin nutritionniste ou Diabétologue |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Pneumologue |  |  |
| Tabacologue |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## Formation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique (circulaire)** | **Nombre de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| Formation aux gestes d’urgence et à la réadaptation cardiaque |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 5 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS RESPIRATOIRES*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Mise en œuvre des techniques de ventilation non invasive et d’oxygénothérapie (Une séquence de traitement quotidien par patient dont l’état le nécessite (D.6124-177-34) |  |
| Rééducation complexe et intensive multidisciplinaire *d’au moins deux h/jour* |  |
| Mise en place, suivi et/ou adaptation d’une assistance respiratoire et/ou d’une ventilation chronique |  |
| Capacité à assurer une surveillance médicale et/ou un traitement important en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques/ séquelles/ complications de l’affection causale |  |
| Capacité à assurer la poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour (réa, post-opératoire précoce …) notamment les exacerbations d’IRC ne relevant pas d’un passage en réanimation ou de soins spécifiques |  |
| Réalisation de soins techniques et de nursing (recommandé) |  |
| L’éducation thérapeutique du patient et de son entourage (recommandé) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies ou situations prises en charge** | **O / N** |
| BPCO stade 3 et 4, insuffisance respiratoire restrictive évoluée |  |
| Asthme difficile |  |
| Syndrome d’apnée du sommeil |  |
| Complications respiratoires de l’obésité morbide |  |
| Rééducation post chirurgie thoracique |  |
| Mucoviscidose |  |
| Bronchestasies |  |
| Complications respiratoires et ORL des maladies génétiques |  |
| Retentissements respiratoires intrinsèques ou neuromusculaires des affections aigües |  |
| Séquelles respiratoires intrinsèques ou neuromusculaires des affections aigües |  |
| Dysplasies broncho-pulmonaires chez l’enfant (pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents) |  |
| Malformations congénitales chez l’enfant (pour les SSR autorisés avec la mention enfants/ adolescents) |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-34 à D.6124-177-36) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Ventilation mécanique non invasive | obligatoire |  |  |
| Oxygénothérapie | obligatoire |  |  |
| **Equipements permettant des gestes d’urgences et de réanimation respiratoire, notamment :** |  |  |  |
| * Intubation trachéale
 | obligatoire |  |  |
| * Nébulisations des bronchodilatateurs
 | obligatoire |  |  |
| * Oxygénothérapie nasale
 | obligatoire |  |  |
| * Surveillance continue de la saturation en oxygène
 | obligatoire |  |  |
| **Espaces et équipements nécessaires à :** |  |  |  |
| * Drainage bronchique
 | obligatoire |  |  |
| * Massage
 | obligatoire |  |  |
| * Réentrainement à l’effort
 | obligatoire |  |  |
| Accès à une réanimation médicale ou à des soins intensifs adaptés |  |  |  |
| Plateau technique d’explorations pneumologiques (radiographie du thorax) |  |  |  |
| Plateau technique d’exploration fonctionnelle respiratoire à l’effort |  |  |  |
| Fibroscopie bronchique |  |  |  |
| Mesure des gaz du sang |  |  |  |

## Equipements minimaux souhaitables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Test de marche de six minutes |  |  |  |
| Pléthysmographe |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Equipement pour oxygénothérapie continue et déambulation |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions d’adressage pour les filières d’aval, les réseaux :

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-32/D.6124-177-33)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| Pneumologue |  |  |
| Médecin disposant d‘une formation ou d’une expérience attestée en pneumologie |  |  |
| Masseur-kinésithérapeute |  |  |

Préciser les conditions d’accès à un pneumologue :

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : Pneumologie Oui [ ]  Non [ ]

 MPR Oui [ ]  Non [ ]

Formation attestée en pneumologie: Oui [ ]  Non [ ]

## Autres compétences mobilisées, recommandées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions**  |
| MPR |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Tabacologue |  |  |
|  Algologue |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

##

## Formations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Nombre de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| Formation à la prise en charge de l’urgence respiratoire (D.6124-177-35) |  |  |
| Formation à la gestion des différents types d’appareil d’assistance ventilatoire |  |  |
| Formation à la gestion des soins spécifiques |  |  |
| Formation à la prise en charge des insuffisants respiratoires sévères (oxygénothérapie, soins d’une trachéotomie, aspirations bronchiques, administration d’aérosols, mesure des gaz du sang …) |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 6 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIFS, METABOLIQUE ET ENDOCRINIEN*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Rééducation complexe et intensive, multidisciplinaire *d’au moins 3h/jour* |  |
| Surveillance médicale et/ou un traitement médical important en raison de facteurs de comorbidité ou de risques cliniques/séquelles/complications de l’affection causale en HC ou HJ |  |
| Alimentation entérale ou parentérale |  |
| Prise en charge d’une stomie |  |
| Prise en charge d’une voie veineuse centrale (recommandé) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies ou situations prises en charge** *(circulaire ou recommandé)* | **O / N** |
| Obésité sévère ou morbide |  |
| Dénutrition sévère |  |
| Prises en charge ante ou post intervention chirurgicale complexe ou greffe |  |
| Sevrages complexes ou résidentiels  |  |
| Complications de pathologies généralement en lien avec l’alcool |  |
| Malabsorptions et dysmotricités sévères chez l’enfant (pour les SSR autorisés avec la mention enfants/Adolescents) |  |
| Maladies métaboliques congénitales chez l’enfant (pour les SSR autorisés avec la mention enfants/Adolescents) |  |
| Séquelles nutritionnelles de chirurgie digestive lourde (recommandé) |  |
| Séquelles nutritionnelles prolongées |  |
| Séquelles nutritionnelles graves des troubles du comportement alimentaires |  |
| Complications liées au diabète |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-39) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Locaux adaptés à la réadaptation nutritionnelle et physique | obligatoire |  |  |
| **Equipements minimaux souhaitables** |  |
| Cuisine éducative |  |  |  |
| Locaux, mobiliers et salle de réadaptation adaptés au poids des patients |  |  |  |
| Salle d’éducation de groupe |  |  |  |
| Pompes de nutrition entérale ou parentérale |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Parcours de marche extérieur |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Positionnement dans la filière de soins

Lister les réseaux et les coopérations :

Décrire la coordination avec les Centres spécialisés de prise en charge de l’obésité (CSO) :

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-38)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Endocrinologue |  |  |
| Gastro-entérologue |  |  |
| Médecin titulaire d’un DESC Nutrition |  |  |
| Masseur Kiné |  |  |
| diététicien |  |  |
| psychologue |  |  |
| IDE |  |  |

Préciser les modalités d’accès des patients à un endocrinologue ou à un gastro-entérologue si non présents dans le service :

## Autres compétences mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Cardiologue |  |  |
| Chirurgien viscéral |  |  |
| Psychiatre |  |  |
| Alcoologue |  |  |
| MPR |  |  |
| Pneumologue |  |  |
| Stomathérapeute |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

##

## Formations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Nb de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| Education thérapeutique (D.6124-177-38) |  |  |
| Gestion de l’assistance nutritionnelle (circulaire) |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : Endocrinologie Oui [ ]  Non [ ]

 Gastro-entérologie Oui [ ]  Non [ ]

 DESC nutrition Oui [ ]  Non [ ]

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 7 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Poursuite ou suivi d’un traitement par chimiothérapie |  |
| Mise en place ou poursuite d’une antibiothérapie en intra-veineuse |  |
| Surveillance médicale et/ou d’un traitement important en raison de comorbidités, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l’affection causale ou des traitements en cours ou encoure au décours d’une complication aigüe |  |
| Poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour (réa, post-opératoire précoce.) |  |
| Effets secondaires de chimiothérapie (antibiotiques, antifongiques, antiviraux, facteur de croissance, transfusions isolement) *(recommandé)* |  |
| Renutrition *(recommandé)* |  |
| Traitement de la douleur *(recommandé)* |  |
| Kinésithérapie motrice et/ou respiratoire *(recommandé)* |  |
| Accompagnement psychologique *(recommandé)* |  |
| Au besoin, mise en œuvre de soins palliatifs *(recommandé)* |  |
| **Pathologies ou situations prises en charge** | **O / N** |
| Les patients à risque d’aplasie |  |
| Les suites de greffe |  |
| Les patients dépendants de transfusion |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Réseaux

|  |
| --- |
| **Adhésion/ participation à un Réseau de cancérologie mentionné au 1 de l’article R.6123-88** (D.6124-177-40) |
|  |
| **Conventions avec les structures titulaires de l’autorisation d’exercer l’activité de soins du cancer** (mentionnée au 18 de l’article R. 6122-25) |
|  |

# Equipements spécifiques

## Equipements minimaux souhaitables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements (**CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008**)** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Chambres individuelles |  |  |  |

# Personnel

## Compétences (recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / sem)* | **Précisions / Observations** |
| Médecin spécialiste en hématologie ou formation ou expérience attestée en onco-hématologie |  |  |
| IDE |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Masseur-Kinésithérapeute |  |  |
| Personnel éducatif (animateur socio-culturel, aide médico-psychologique) |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité :

## Formation(s)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique (recommandée)** | **Nombre de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** | **Précisions / Obs** |
| Formation de l’équipe pluridisciplinaire à l’utilisation de dispositifs centraux de longue durée |  |  |  |

Un recours médical aux établissements de référence est-il organisé ?

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 8 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS DES BRULES*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Poursuite de la stabilisation des fonctions vitales au décours d’une prise en charge en court séjour (réa, post-opératoire précoce) |  |
| Rééducation complexe et intensive. *multidisciplinaire d’au moins 2h/jour* |  |
| Surveillance médicale et/ou d’un traitement important en raison de comorbidités, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l’affection causale avec une capacité de surveillance 24/24 |  |
| Pansements spécialisés, bandages et/ou vêtements compressifs |  |
| Suivi et/ou adaptation d’appareillages ou d’aides techniques |  |
| Participation aux discussions médico-chirurgicales |  |
| Prise en charge psychologique et/ou psychiatrique |  |
| Suivi au long cours par des bilans réguliers d’évaluation jusqu’à la maturation cicatricielle afin de dépister et prévenir les aggravations fonctionnelles et esthétiques, d’adapter la rééducation et de proposer si nécessaire une chirurgie réparatrice |  |
| Mise en place de conditions d’une réadaptation sociale et professionnelle |  |
| Organisation du retour dans le lieu de vie compatible avec la poursuite des soins |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies ou situations prises en charge** | **O / N** |
| Brûlures graves (profondes ou étendues) |  |
| Brûlures avec atteinte d’une zone vitale fonctionnelle ou esthétique |  |
| Brûlures avec lésions associées (polytraumatisés) |  |
| Brûlures avec complications orthopédiques ou infectieuses (pansements complexes, prise en charge de rééducation et/ ou de réadaptation) |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-44) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Balnéothérapie | obligatoire |  |  |
| Atelier d’ajustement d’aides techniques |  |  |  |
| Atelier d’appareillage |  |  |  |
| Atelier de confection de prothèses |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |

## Equipements recommandés

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Douche filiforme |  |  |  |
| **Kinésithérapie :** |
| * Salles de soins individuels
 |  |  |  |
| * Equipement pour la verticalisation
 |  |  |  |
| * Equipement pour la récupération d’amplitude articulaire
 |  |  |  |
| * Equipement pour le réentrainement à l’effort
 |  |  |  |
| * Matériel de massothérapie mécanique
 |  |  |  |
| * Matériel de physiothérapie
 |  |  |  |
| **Ergothérapie :** |
| * Locaux spécifiques (individuels, communs, ateliers…)
 |  |  |  |
| * Equipement pour la rééducation analytique et globale de la préhension
 |  |  |  |
| * Equipement pour la rééducation du geste et de la fonction
 |  |  |  |
| * Equipement pour la réalisation d’appareillages
 |  |  |  |
| * Réadaptation au milieu socio-familial et professionnel
 |  |  |  |
| Atelier de couture (confection de vêtement progressif) |  |  |  |
| Chambres individuelles ou d’isolement |  |  |  |
| Salle de pansements spécialisée (CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008) |  |  |  |
| Salle de psychomotricité |  |  |  |
| Salle dédiée à l’orthophonie  |  |  |  |
| Salle dédiée au maquillage esthétique |  |  |  |
| Salle de réadaptation à l'effort, salle de musculation ou salle de sport |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Positionnement dans la filière de soins

Liste des conventions avec les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de soins de traitement des grands brûlés mentionnée au 9° de [l'article R. 6122-25](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916682&dateTexte=&categorieLien=cid) (*D6124-177-42*) :

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-41/D.6124-177-43)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| MPR |  |  |
| Médecin brûlologue |  |  |
| Masseur-Kiné |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Prothésiste ou orthésiste |  |  |
| IDE |  |  |
| Diététicien |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : MPR Oui [ ]  Non [ ]

Formation ou expérience attestée en brûlologie :  Oui [ ]  Non [ ]

## Autres compétences mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| Chirurgien plasticien et spécialiste de la main |  |  |
| Algologue |  |  |
| Nutritionniste |  |  |
| Ophtalmologue |  |  |
| ORL |  |  |
| Cardiologue |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Pneumologue (CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008) |  |  |
|  Autre :  |  |  |

##

## Formations

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Catégorie** | **Nombre de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| Formation ou expérience attestée dans la prise en charge des brûlés (D.6124-177-43) | Obligatoire pour IDE et masseurs-kinés |  |  |

 Le recours à une socio-esthéticienne est-il possible ?

 Oui 🞎 Non 🞎

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 9 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS LIEES AUX CONDUITES ADDICTIVES*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandées)* | **O / N** |
| prise en charge dans au moins deux des pratiques thérapeutiques et de réadaptation suivantes : psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique |  |
| Rééducation complexe et intensive, multidisciplinaire *d’au moins 5h/jour* |  |
| Prise en charge de patients avec troubles des fonctions cognitives |  |
| Prise en charge de patients avec troubles psychologiques ou psychiatriques |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

#

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** (D.6124-177-48) | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Locaux adaptés aux ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle |  |  |  |
| Locaux adaptés à la participation de l’entourage aux programmes de soins |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-45)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| Médecin disposant d’une formation ou d’une expérience attestée en addictologie |  |  |
| IDE |  |  |
| **Compétences recommandées** *(Circulaire)* | **ETP / Vacations** (*Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs**  |
| Psychologue |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Diététicien |  |  |

## Autres compétences mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions**  |
| Educateur spécialisé |  |  |
| Moniteur, éducateur |  |  |
| Animateur socio-culturel |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |
| Educateur technique |  |  |
| Moniteur d’atelier |  |  |
| Educateur sportif |  |  |
| psychomotricien |  |  |
| Masseur kiné |  |  |
| Enseignant en activité physique adaptée |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

# Positionnement dans la filière de soins

## Lister et décrire les réseaux et les coopérations avec les autres acteurs de l’addictologie :

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : Formation attestée en addictologie  Oui [ ]  Non [ ]

##

## Formation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Nb de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** | **Observations** |
| Formation ou expérience attestée dans la prise en charge des addictions (D.6124-177-47) |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

#### FICHE 10 – SSR SPECIALISES – *AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE*

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Evaluation gérontologique des patients (médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle) permettant de construire un projet thérapeutique global personnalisé  |  |
| Répondre aux Besoins spécifiques des patients atteints de maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées (D.6124-177-53) |  |
| Rééducation complexe et modérée multidisciplinaire *(au moins 2 intervenants paramédicaux différents souvent moins de 2h/jour)* |  |
| Prise en charge dans au moins 3 des 6 pratiques suivantes : Kiné, ergo, orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie, diététique (D.6124-177-51) |  |
| Surveillance médicale et/ou un traitement médical important en raison de facteurs de comorbidité ou de risques cliniques/séquelles/complications de l’affection causale avec une capacité de surveillance 24/24 |  |
| Soins techniques et de nursing importants |  |
| Maintien de la socialisation de la personne âgée |  |
| Préparation à la réinsertion sociale et familiale |  |
| Accompagnement à la fin de vie et/ou son organisation |  |
| Information et soutien des aidants |  |
| Développement de la prévention |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (DMS) |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC – GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipements**  | **O/N** |
| Chambre à un ou 2 lits adaptés à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts…) |  |
| Equipements fixes ou mobiles en vide et en oxygène |  |
| Douches avec siphon de sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou en une salle de bain handicapés équipée dans le service |  |
| Espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation |  |
| Locaux de rééducation : kinésithérapie (table de verticalisation, escaliers, barres parallèles) ergothérapie, rééducation d’incontinence, psychomotricité… |  |
| Test de psychomotricité |  |
| Organisation spécifique des locaux (dans les établissements ayant des lits de soins palliatifs identifiés) |  |

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-49/D.6124-177-50)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations** |
| Gériatre |  | Indiquer le(s) nom(s) du ou des gériatres |
| Ergothérapeute |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Masseur Kinésithérapeute |  |  |
| IDE |  |  |
| **Compétences recommandées***(D.6124-177-51)* | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations** |
| Neuropsychologue |  |  |
|  Orthophoniste |  |  |
| Psychomotricien |  |  |

## Autres compétences mobilisées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| MPR |  |  |
| Neurologue |  |  |
| Pneumologue |  |  |
| Pédicure-podologue |  |  |
| Animateur |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles**

## Formations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Nb de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| Formation attestée dans la PEC des patients âgés, poly-pathologiques ou à risque de dépendance, particulièrement des patients souffrant de la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité :

MPR Oui [ ]  Non [ ]

Formation attestée : Oui [ ]  Non [ ]

#

# INSCRIPTION DANS LA FILIERE GERIATRIQUE

Avez-vous signé la convention constitutive de filière gériatrique ?

Indiquer la liste des conventions avec les établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes, avec les structures d’HAD et les SSIAD :

Indiquer les autres éléments d’intégration du SSR dans la filière gériatrique ou tout autre réseau :

#### FICHE 11 – PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOSLESCENTS

***Une fiche à renseigner par modalité(s) de pédiatrie détenue(s). A dupliquer autant que nécessaire***

# Missions et prises en charges spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** *(obligatoire ou recommandé)* | **O / N** |
| Mise en place d’un projet thérapeutique personnalisé, réévalué et adapté au fur et à mesure de la croissance de l’enfant (D.6124-177-12) |  |
| Mise en place d’un suivi psychologique (D.6124-177-12) |  |
| Réinsertion socio-familiale correspondant aux capacités du patient |  |
| Organisation de relais avec les structures adultes lors de la prise en charge d’enfants ayant des déficiences et handicaps chroniques |  |
| Instruction scolaire, éducative, sportive, culturelle, sociale (D.6124-177-15) |  |
| Repérage de la maltraitance, son traitement ainsi qu’un soutien psychologique |  |
| Accompagnement des parents |  |
| Organisation d’un parrainage |  |
| Organisation de la prise en charge de la douleur |  |
| Prise en charge d’enfants placés sous oxygénothérapie (D.6124-177-13) |  |
| Prise en charge d’enfants placés sous ventilation artificielle (D.6124-177-13) |  |
| Prise en charge d’enfants bénéficiant d’une alimentation parentérale (D.6124-177-13) |  |
| Espaces et organisations propres à l’enfant en cas de prise en charge mixte (adultes/enfants) |  |

# Activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de PEC** | **Hospitalisation complète** | **Hospitalisation de Jour** |
| **Années** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de Journées / Venues |  |  |  |  |  |  |
| % activité totale (admissions/demandes) |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour) DMS |  |  |  |  |  |  |
| Taux moyen d’occupation (TO) |  |  |  |  |  |  |
| 3 principales CMC |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 1 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 2 |  |  |  |  |  |  |
| CMC - GME 3 |  |  |  |  |  |  |

**Prise en charge en cas d’hospitalisation à temps partiel (à renseigner le cas échéant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification, fonctionnement et permanence des soins mis en place dans la structure** (articles D.6124-301 à 304) | **O/N** | **Précisions / Observations**  |
| La structure est aisément identifiable et fait l’objet d’une organisation spécifique en une ou plusieurs unités de soins individualisées |  |  |
| La structure dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel |  |  |
| La structure est agencée et équipée de manière à assurer la surveillance et le repos nécessaire à chaque patient |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale permanente d’un médecin qualifié |  |  |
| Pendant les heures d’ouverture est assurée dans la structure la présence minimale d’un IDE ou pour la RF, d’un masseur-kinésithérapeute pour 5 patients |  |  |
| Existence d’un règlement intérieur propre à la structure |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée en propre |  |  |
| La permanence et la continuité des soins hors des heures d’ouverture y compris le WE et les jours fériés est assurée par convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant des moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure |  |  |

# Equipements spécifiques

## Equipements obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements** *(D.6124-177-13 et 14 + code de l’éducation)* | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Chambres d’hospitalisation à 4 lits max garantissant l’intimité des patients (D.6124-177-14) | obligatoire |  |  |
| Espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs (D.6124-177-14 al 2) |  |  |  |
| Accès au service de médecine d’urgence pédiatrique (D.6124-177-13 al 3) |  |  |  |
| Accès au service de réanimation pédiatrique (D.6124-177-13 al 3) |  |  |  |
| Dispositifs d’instruction (L.131-1 sq. code de l’éducation) (Décrire les modalités d’organisation) |  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux équipements disponibles / accessibles**

# Personnel

## Equipes pluridisciplinaire réglementées (compétences obligatoires ou recommandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences obligatoires** *(D.6124-177-11)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| Pédiatre |  |  |
| Médecin disposant d’une formation attestée |  |  |
| Puériculteur (si accueil d’enfants < 6ans) |  |  |
| Educateur de jeunes enfants |  |  |
| Educateur spécialisé |  |  |
| IDE |  |  |
| **Compétences recommandées** *(D.6124-177-12)* | **ETP / Vacations** *(Nb d’h sem)* | **Précisions / Obs** |
| Psychologue  |  |  |

##

## **Identité et coordonnées du médecin coordinateur**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité : MPR Oui [ ]  Non [ ]

Coordonnées *(Mail / Numéro de téléphone) :*

## Compétences recommandées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **ETP / Vacations***(Nb d’heures / semaine)* | **Précisions / Observations**  |
| MPR |  |  |
| Masseur-Kiné |  |  |
| Enseignants des niveaux primaires |  |  |
| Enseignants des niveaux secondaires |  |  |
| Moniteur éducateur |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

## Formation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation ou expérience attestée spécifique** | **Catégorie** | **Nombre de personnes formées** | **Fonctions des personnes formées** |
| L’équipe pluridisciplinaire a été formée à l’approche et à la prise en charge des enfants et adolescents | Obligatoire  |  |  |

**Commentaires et/ou observations relatives aux compétences disponibles / accessibles**

# ANNEXES

**POUR CHAQUE RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION DEMANDEE**

* **réglement de fonctionnemeNt**
* **PROFIL des patients : aGE MOYEN, ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET PRINCIPAUX MOTIFS DE PRISE EN CHARGE (EN NOMBRE DE SEJOUR ET EN %), SUR LES 3 DERNIERES ANNEES**
* **plannings du personnel médical et paramédical du mois précédent le dépot du dossier**
* **plannings des astreintes du mois précédent le dépot du dossier**
* **plans des locaux en cas de changement depuis la mise en œuvre de l’autorisation**
* **Conventions de partenariat (mentionnées dans le dossier)**
* **OUTILS Qualite utilisés**
1. [↑](#footnote-ref-1)