ANNEXE 1

Dossier de candidature (à utiliser impérativement pour être éligible)

TELEMEDECINE

APPEL A PROJETS TELEMEDECINE 2020

DOSSIER DE CANDIDATURE

A TRANSMETTRE A L’ARS AU PLUS TARD LE 31 MARS 2021

A L’ADRESSE : ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination de l’établissement  |  |
| N° FINESS |  |
| N° SIRET |  |
| Adresse de la structure |  |
| Nom, titre et coordonnées (mail, téléphone) de la personne responsable de la structure |  |
| No, titre et coordonnées (mail, téléphone) du référent médical de la structure |  |
| N° IBAN (à fournir impérativement en document complémentaire) |  |

# Partie 1 – Présentation de votre structure

* Votre établissement est-il (statut) ? : Privé [ ]  Public [ ]
* Votre établissement fait-il partie d’un groupe d’établissements ou est-il rattaché à une autre entité juridique ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, lequel ?
* Quelle est la capacité en nombre de places de votre établissement ?
* Combien y-a-t-il de médecins traitants intervenants dans votre établissement ?
* Combien de résidents/personnes en situation de handicap n’ont pas de médecin traitant ?
* Avez-vous un médecin coordinateur ?
* Avez-vous des IDE ? Si oui, combien ?

# Partie 2 – Vos besoins en télémédecine

* Pratiquez-vous déjà la télémédecine ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, depuis combien de temps ?
		- Quel type de télémédecine utilisez-vous ?

Téléconsultation [ ]  Téléexpertise [ ]  Télésurveillance [ ]

Préciser :

* Dans quelle(s) spécialité(s) médicale(s), auriez-vous des besoins au sein de votre établissement ?

*Ex: Anesthésie / Cardiologie / Dermatologie / Douleur / Endocrinologie-Diabétologie / Gériatrie / Généraliste / Néphrologie /Neurologie / Nutrition / Oncogériatrie / ORL / Plaies & cicatrisations / Rhumatologie / Soins Palliatifs...*

* Avez-vous été sollicité par des médecins traitants ou spécialistes, souhaitant téléconsulter au sein de votre établissement ? Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, merci de préciser ?

# Partie 3 – Votre organisation

* Avez-vous identifié un lieu/une pièce dans votre structure où pratiquer la télémédecine ?

 Oui [ ]  Non [ ]

* Avez-vous identifié les soignants qui pourront accompagner l’acte de télémédecine ?
* Oui [ ]  Non [ ]
	+ Si oui, sont-ils déjà formés à ces usages ?

# Partie 4 – Votre infrastructure internet et réseau

**Pour information : Prérequis minimum pour réaliser des actes des télémédecines 🡺** Une ligne internet avec un débit montant de 2Mb/s et un débit descendant de 2Mb/s garanti.

* De quel type de connexion Internet disposez-vous ?

ADSL [ ]  SDSL [ ]

Fibre optique : [ ]  (Si vous disposez de l’information, merci de préciser (FFTH ou FFTO) ?

* Quel est débit fourni (ascendant/descendant) ?
* Possédez-vous une couverture WIFI dans votre établissement ?

Partielle [ ]  Totale [ ]  Ne sait pas [ ]

* Disposez-vous d’une couverture réseau 4G dans TOUT l'établissement ?

Partielle [ ]  Totale [ ]  Ne sait pas [ ]

* Disposez-vous d’un service informatique ou d’un prestataire informatique externe ?

Oui [ ]  Non [ ]

* + Si oui, préciser :

# Partie 5 – Matériels

* A ce jour de quel(s) matériel(s) disposez-vous ?

*(Ex : Ordinateur FIXE ou MOBILE avec Webcam intégré & Micro / Tablette / Smartphone / Dispositifs Médicaux*

*SI OUI lesquels / Autres précisez)*

* Disposez-vous de dispositifs médicaux (Tensiomètre, ECG, oxymètre…) standard et/ou connectés ?

 Oui [ ]  Non [ ]

* + Si oui, merci de préciser lesquel(s) ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous apporter des compléments d’information (descriptif plus détaillé du projet, organisation médicale pressentie, …) ?

IBAN de la structure (à insérer dans ce document en format original) :

Je confirme que mon établissement est intéressé à bénéficier de l’accompagnement pour l’acquisition d’une solution de télémédecine, tel que l’ARS le propose dans l’appel à projets (AAP) et à prendre en charge les compléments financiers qui y sont indiqués.

 Date, nom, prénom, cachet et signature

du responsable juridique de l’établissement