**Direction de l’Appui à la Performance**

ANNEXE 1

Dossier de candidature pour les projets de télémédecine/télésoin portés par un établissement médico-social (format à utiliser impérativement pour être éligible – la version modifiable est disponible en téléchargement à partir du site internet de l’ARS)

TELEMEDECINE

APPEL A PROJETS TELESANTE 2022

DOSSIER DE CANDIDATURE TELEMEDECINE/TELESOIN POUR ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

A TRANSMETTRE A L’ARS AU PLUS TARD LE 24 JUIN 2022

A L’ADRESSE : [ars-normandie-esante@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-esante@ars.sante.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination de l’établissement |  |
| N° FINESS |  |
| N° SIRET |  |
| Adresse complète 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) ? :
  + Associatif  Public  Privé
* 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/télésoin

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

Téléconsultation  Téléexpertise  Télésurveillance

Télésoin

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/télésoin ?

Oui  Non

* Avez-vous identifié les soignants qui pourront accompagner l’acte de télémédecine/télésoin ?
* 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 télémédecine/télésoin 🡺** 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) :

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

Date, nom, prénom, cachet et signature

du responsable juridique de l’établissement