

**Dossier de candidature pour la mise en place d’un dispositif d’astreinte d’infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD**

1. **Le porteur du projet**

Nom de l’EHPAD ou de l’établissement de santé ou du SSIAD ou du groupement d’infirmière libérale:

Raison sociale :

N° SIRET :

N° FINESS Juridique (le cas échéant) :

N° FINESS Géographique (le cas échéant) :

Code APE (Activité principale exercée)

Catégorie juridique (ex : Association déclarée (9220)) :

Adresse :

Code postal – Commune :

Représentée par

(Représentant légal et qualité du signataire) :

Coordonnées complémentaires

(Téléphone – mail) :

Nombre de lits d’hébergement permanent en EHPAD :

Nombre de lits d’hébergement temporaire en EHPAD :

Personne à contacter sur ce dossier (nom, fonction, mail et téléphone) :

1. **Les EHPAD partenaires**

EHPAD n°1 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits d’hébergement permanent

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

EHPAD n°2 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits d’hébergement permanent

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

EHPAD n°3 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits d’hébergement permanent

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

EHPAD n°4 …..

1. **Respect des prérequis**

Inclusion dans le territoire prioritaire ciblé:

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Respect du périmètre géographique (30 minutes de délai de déplacement entre les EHPAD partenaires et l’IDE en cas d'intervention de l'IDE d’astreinte sur site) :

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements d’un même territoire:

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Organisation de la coordination administrative, médicale et paramédicale du projet.

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Modalités de l’appropriation du projet des autres acteurs en organisant des réunions d’information et de coordinations.

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Formation de l’IDE ou des IDE (diplômée ou expérimentée en gérontologie et ayant suivie la formation du CESU : Centre d’Enseignement des Soins d’Urgence sur la régulation) :

🞎 Oui 🞎 Non 🞏 A prévoir

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Fiche de poste IDE :

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Statut des IDE et structure de rattachement :

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Accès au DLU tenu à jour et validé médicalement, à la liste des numéros utiles, aux transmissions et à la pharmacie :

🞎 Oui 🞎 Non

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Possibilité de mise en œuvre de la télémédecine :

🞏 Oui 🞏 Non 🞏 En projet

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Description du projet (à remplir et à argumenter le plus exhaustivement possible)**

4.1- Présentation du porteur du projet et des EHPAD partenaires du dispositif : en apportant des précisions notamment sur l'organisation des nuits, distance entre les EHPAD concernés, organisation des plannings…

4.2- Description des modalités de prise en charge des résidents dans le cadre du dispositif en cohérence avec le territoire.

4.3- Eléments constitutifs du projet : objectifs, estimation du volume d'activité prévisionnel pour les astreintes et pour les interventions sur site, modalités d'organisation de la mutualisation envisagée (composition de l'équipe d'astreinte, répartition prévisionnelle entre les EHPAD…), formalisation des liens entre établissements.

4.4- Les partenariats (SAMU, les médecins libéraux, Centres Hospitaliers de proximité…), coopérations envisagées, protocoles de coopération, utilisation de la télémédecine…

4.5- Budget prévisionnel et montage financier entre les EHPAD.

**Merci de mettre en pièces jointes toutes les pièces utiles à la compréhension de votre projet.**