



Demande d'autorisation :
Chirurgie

Zone de santé :

Entité géographique :

Entité juridique :

Récapitulatif du dossier finalisé
Dossier Promoteur

Statut du dossier :
En cours de saisie

1. Informations générales du dossier

1.1. Informations de la structure

Etablissement

Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée :

Raison sociale EJ :

Appartient au GHT :

Adresse

Numéro et voie :

Code postal :

Commune :

Région / Département :

Téléphone :

1.2. Informations de contact

Représentant légal :

Auteur de la demande :

Adresse courriel de l'auteur de la demande :

Téléphone de l'auteur de la demande :

1.3. Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

ACTIVITÉ DE SOINS / EML :

Chirurgie

Références juridiques :

- Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie
- Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie
- Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique
- Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/15 du 16 août 2023 (sante.gouv.fr), page 113

DEMANDES D'AUTORISATIONS :

1. Adultes / Pas de mention

- 1.1. maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.2. vasculaire et endovasculaire / Hospitalisation à temps complet**
- 1.3. viscérale et digestive / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.4. viscérale et digestive / Hospitalisation à temps complet**
- 1.5. gynécologie obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.6. gynécologie obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 / Hospitalisation à temps complet**
- 1.7. Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.8. Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière / Hospitalisation à temps complet**
- 1.9. ophtalmologie / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.10. ophtalmologie / Hospitalisation à temps complet**
- 1.11. oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.12. maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale / Hospitalisation à temps complet**
- 1.13. oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale / Hospitalisation à temps complet**
- 1.14. urologie / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.15. urologie / Hospitalisation à temps complet**
- 1.16. orthopédique et traumatologique / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.17. orthopédique et traumatologique / Hospitalisation à temps complet**
- 1.18. plastique, reconstructrice / Hospitalisation ambulatoire**
- 1.19. plastique, reconstructrice / Hospitalisation à temps complet**
- 1.20. thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité définie à l'article R. 6123-69 / Hospitalisation ambulatoire**

- 1.21. thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité définie à l'article R. 6123-69 /
Hospitalisation à temps complet**
- 1.22. vasculaire et endovasculaire / Hospitalisation ambulatoire**
- 2. Pédiatrique / Pas de mention**
 - 2.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Hospitalisation ambulatoire**
 - 2.2. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Hospitalisation à temps complet**
- 3. Bariatrique / Pas de mention**
 - 3.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Hospitalisation ambulatoire**
 - 3.2. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Hospitalisation à temps complet**

Zone de santé concernée :

2. Constitution du dossier

2.1. Tronc commun

Justification de la demande

Descriptif du projet en lien avec l'activité de soins / EML demandé :

-

Liens de la demande avec les objectifs qualitatifs du schéma régional de santé (SRS) et quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) :

-

Avis du Comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (COSTRAT)

Dépôt du/des avis du COSTRAT :

-

Commentaire concernant l'avis du COSTRAT :

-

Convention(s) ou lettre(s) d'engagement concernant l'activité

Convention(s) :

-

Lettre(s) d'engagement :

-

Dossier financier

Documents du dossier financier :

-

Commentaire concernant le dossier financier :

-

Documents spécifiques à l'activité

Documents spécifiques à l'activité :

-

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Formulaire PDF à compléter : Annexe 1

Activité : **Chirurgie**

Documents spécifiques à l'activité

Documents spécifiques à l'activité :

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Formulaire PDF à compléter : Annexe 1

2.2 Autorisation n°1 - Adultes

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 2

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Chirurgien					
Médecin : Anesthésie-réanimation (co-DES)					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE)				
Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.1

maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.10

vasculaire et endovasculaire / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.11

Activité : **Chirurgie**

viscérale et digestive / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.12

viscérale et digestive / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.13

gynécologie obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.14

gynécologie obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.15

Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.16

Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.17

ophtalmologie / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.18

ophtalmologie / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.19

oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale / Hospitalisation ambulatoire

Activité : **Chirurgie**

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.2

maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.20

oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.21

Activité : **Chirurgie**

urologie / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.22

urologie / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en oeuvre 1.3

orthopédique et traumatologique / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.4

orthopédique et traumatologique / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.5

plastique, reconstructrice / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.6

plastique, reconstructrice / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.7

thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité définie à l'article R. 6123-69 / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.8

thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité définie à l'article R. 6123-69 / Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.9

vasculaire et endovasculaire / Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

2.3 Autorisation n°2 - Pédiatrique

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 3

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Di plôme (s)
Médecin spécialisé en anesthésie-réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie pédiatrique					
Médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique ou médecin spécialisé en chirurgie justifiant d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE)				
Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat				
Infirmier de puériculture				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 2.1

Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 2.2

Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

2.4 Autorisation n°3 - Bariatrique

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 4

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme (s)
Médecin justifiant d'une formation universitaire dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique					
Médecin spécialisé en chirurgie viscérale et digestive justifiant d'une expérience dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE)				
Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 3.1

Hospitalisation ambulatoire

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Date prévisionnelle de mise en œuvre 3.2

Hospitalisation à temps complet

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

3. Engagements du demandeur

Je soussigné(e),
En qualité de

m'engage:

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article L.6123-1
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en application de l'article L.6124-1
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci
- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article L.6122-5 dans les conditions prévues à l'article R.6122-23, intégrant le cas échéant les indicateurs d'évaluation mentionnés à l'article R.6122-24
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5

Fait à
le

Signature du représentant légal et cachet de l'établissement

Annexe 1

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Chirurgie
Formulaire relatif à l'activité

DEMANDE D'AUTORISATION Chirurgie

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Moyens d'hospitalisation et locaux

1) Moyens d'hospitalisation

Quelle(s) forme(s) de prise en charge souhaitez-vous mettre en œuvre ?	
Ambulatoire et hospitalisation à temps complet	
Ambulatoire	
Hospitalisation à temps complet (autorisation dérogatoire)	

Comment l'accès à la chirurgie ambulatoire est-il organisé ?	
Sur le même site, par convention avec un autre titulaire	
Sur un site à proximité, par convention avec un autre titulaire	
Sur un site à proximité	

2) Disposez-vous, sur site, d'un secteur interventionnel ?

- Oui
- Non

Si Oui, décrivez l'organisation et le fonctionnement de ce secteur :

Décrire le fonctionnement et l'organisation architecturale du secteur interventionnel, notamment selon les dispositions de I à VI de l'art. D.6124-267

Merci d'insérer le document précisant le fonctionnement et l'organisation du secteur interventionnel mentionné à l'art D. 6124-268 dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Unités de soins

- 1) L'unité d'hospitalisation complète comprend-elle des chambres à un ou deux lits équipés d'un dispositif d'appel ?
Oui
Non

- 2) Disposez-vous d'une charte de fonctionnement propre à chaque unité de soins ?
Oui
Non

- 3) Cette charte de fonctionnement précise-telle notamment :
 - L'organisation de l'unité, notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical, les indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins ?
Oui
Non

 - Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de l'unité de soins ?
Oui
Non

 - L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels ?
Oui
Non

 - Les modalités de mise en œuvre de la continuité des soins ?
Oui
Non

 - Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de l'unité de soins ?
Oui
Non

Le cas échéant, merci d'insérer vos pièces jointes dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Equipements et accès aux examens de santé

1) Examens

Renseignez les accès aux examens suivants		
	Sur site	Par convention
Echographie		
Scanographe		
IRM		
Biologie médicale		
Anatomopathologie		

2) Disposez-vous d'un accès à des produits sanguins labiles ?

Oui
Non

Si oui, cet accès est-il sur site ou par convention ?

Sur site
Par convention

Si l'accès est par convention, merci de la joindre à la demande dans la zone de dépôt dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

3) Disposez-vous d'une organisation permettant d'assurer la disponibilité de dispositifs médicaux stériles, notamment en situation d'urgence ?

Oui
Non

Environnement

Disposez-vous d'un accès à une unité de soins critiques ?

Oui
Non

Si oui, cet accès est-il sur site ou par convention ?
Sur site

Si l'accès est sur site, disposez-vous d'une procédure interne formalisée de transfert de patients vers une unité de soins critiques ?

Oui
Non

Par convention

Si l'accès est par convention, merci de la joindre à la demande dans la zone de dépôt dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Parcours patient

Un bulletin de sortie est-il remis au patient avant son départ ?

Oui

Non

Décrivez l'organisation mise en place visant à assurer la préparation de la sortie et la continuité des soins post-interventionnels des patients

Précisez notamment les collaborations mises en place avec des équipes de soins médicaux et de réadaptation ou d'hospitalisation à domicile

ASSURANCE QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS

Engagements	Case à cocher	Pièce-jointe
Engagement à remettre un bulletin de sortie à chaque patient avant son départ de l'unité de soins.		
Engagement à organiser la prise en charge chirurgicale des patients qui lui sont adressés par les structures de médecine d'urgence.		
Engagement à renseigner le répertoire opérationnel des ressources.		
Engagement de recueil et d'analyse de données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.		
L'équipe médicale renseigne les registres professionnels d'observation des pratiques.		
Définition d'une procédure permettant de garantir que chaque professionnel, membre de l'équipe, maîtrise l'activité avant la première prise de fonction en autonomie sur chaque poste.		Merci de joindre cette PJ à votre dossier
Engagement à respecter l'obligation d'assurance qualité définie au I de l'article L. 1333-19.		
Veille, dans le cadre de l'exposition aux rayonnements ionisants, à ce que les personnels et les patients bénéficient des outils permettant l'optimisation de la radioprotection.		
S'assure que les équipements exposant aux rayonnements ionisants mis en œuvre sont connectés à un système de collecte systématiques et d'archivage des données dosimétriques.		
Les équipements sont connectés à un système d'archivage et de partage des images permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes réalisés.		
Le titulaire de l'autorisation s'assure, le cas échéant, du concours d'un physicien médical dans le cadre de la démarche d'optimisation de l'exposition aux rayonnements ionisants.		



A déposer dans le SI-Autorisations

Annexe 2

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Chirurgie
Formulaire relatif à la modalité Adulte

DEMANDE D'AUTORISATION Chirurgie

Modalité Adulte

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Population prise en charge

Souhaitez-vous également prendre en charge des enfants ?

Oui

Non

Si oui, pour quelles pratiques thérapeutiques spécifiques ?

Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale

Chirurgie plastique reconstructrice

Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale

Annexe 3

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Chirurgie
Formulaire relatif à la modalité Pédiatrique

DEMANDE D'AUTORISATION Chirurgie

Modalité Pédiatrique

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Organisation de la prise en charge

- 1) Adhérez-vous au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique ?
Oui
Non

- 2) La prise en charge pédiatrique est-elle organisée en répartition adaptée par groupes d'âge, dans une ou plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet pédiatriques ?
Oui
Non

- 3) Disposez-vous, au sein des unités dédiées à la chirurgie ambulatoire, d'une organisation permettant une hospitalisation différenciée des enfants et des adultes ?
Oui
Non

Equipements et locaux

- 1) Disposez-vous, sur site, d'au moins un bloc interventionnel à accès protégé, de dispositifs médicaux et des produits de santé, adaptés à la prise en charge des enfants ?
Oui
Non

Engagements	Case à cocher	Pièce-jointe
Engagement à mettre en place une organisation et des aménagements permettant une prise en charge adaptée aux soins et aux besoins spécifiques des enfants, dans le respect de leur intimité.		
Engagement à assurer en permanence l'accueil et la présence continue d'au moins un des parents ou de son substitut auprès de l'enfant, y compris pour des prises en charges ambulatoires, dans des conditions adaptées à sa pathologie et à la sécurité des soins.		

Annexe 4

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Chirurgie
Formulaire relatif à la modalité Bariatrique

DEMANDE D'AUTORISATION Chirurgie

Modalité Bariatrique

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Population prise en charge

1) Disposez-vous d'une autorisation pour la modalité « chirurgie pratiquée chez des patients adultes » ?

Oui

Non

2) Réalisez-vous la pratique thérapeutique spécifique « *chirurgie viscérale et digestive* » ?

Oui

Non

3) Assurez-vous une prise en charge pédiatrique (les enfants de moins de quinze ans) ?

Oui

Non

Si oui, disposez-vous d'une autorisation pour la modalité « chirurgie pédiatrique » ?

Oui

Non

Environnement

Disposez-vous d'un accès à une unité de réanimation permettant la prise en charge dans un délai compatible avec la sécurité des soins ?

Oui

Non

Si oui, cet accès est-il sur site ou par convention ?

Sur site

Par convention

Si l'accès est par convention, merci de la joindre à la demande dans la zone de dépôt dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Equipements et accès aux examens de santé

1) Examens

Disposez-vous d'un accès à un dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge à :		
	Sur site	Par convention
Un plateau technique permettant la réalisation d'endoscopies interventionnelles		Joindre la convention au dossier
Un scanner adapté à la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère 24h24, 7j/7		Joindre la convention au dossier



A déposer dans le
SI-Autorisations

2) Disposez-vous d'un accès permanent à du matériel et à des instruments adaptés à la prise en charge des patients atteints d'obésité ?

Oui

Non

Si oui, veuillez indiquer lesquels :

Activité minimale

1) Pratiquez-vous une activité de chirurgie bariatrique ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez renseigner le tableau d'activité ci-dessous :

Activité de chirurgie bariatrique	N-1	N-2	N-3
Nombre d'actes de chirurgie bariatrique			

2) Veuillez renseigner le tableau d'activité prévisionnelle ci-dessous :

Activité prévisionnelle de chirurgie bariatrique	N+1	N+2	N+3
Nombre d'actes de chirurgie bariatrique			

3) Souhaitez-vous faire une demande de dérogation à l'activité minimale en raison des temps de trajet excessifs d'une partie significative de la population du territoire de santé pour **accéder aux autres sites pratiquant l'activité de soins** ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez développer ci-dessous les justifications

Le cas échéant, merci d'insérer tout document justificatif dans la zone de dépôt dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Parcours patient

Disposez-vous d'une organisation permettant de délivrer à chaque patient un avis validant la prise en charge chirurgicale, fondé sur une concertation pluridisciplinaire et traduit dans un programme personnalisé de soins remis au patient ?

Oui

Non

➤ *Description de l'organisation permettant la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaire*

➤ *Mentionner l'ensemble des personnels intervenant dans la réunion de concertation pluridisciplinaire*

Engagements	Case à cocher	Pièce-jointe
Engagement à insérer dans le dossier médical du patient l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la concertation pluridisciplinaire		