



Demande d'autorisation :
Neurochirurgie

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 :

Promoteur Gestionnaire Attaché à un EJ (Promoteur Gestionnaire)

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 :

Neurochirurgie

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. Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale / Pas de mention**
 - 1.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 2. Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques / Pas de mention**
 - 2.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 3. Neurochirurgie pédiatrique / Pas de mention**
 - 3.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 4. Socle / Pas de mention**
 - 4.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**

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 : **Neurochirurgie**

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 - Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

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)
Médecin : Anesthésie-réanimation (co-DES)					
Médecin : Neurochirurgie					

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
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Masseur-kinésithérapeute				

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

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 - Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques

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	Diplôme(s)
Médecin : Neurochirurgie					
Neuroradiologue					
Radiophysicien					
Radiothérapeute					

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
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Masseur-kinésithérapeute				

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

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 - Neurochirurgie pédiatrique

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 : Pédiatrie					
Médecin qualifié spécialiste en neurochirurgie pédiatrique ou justifiant d'une expérience en pédiatrie					
Médecin spécialisé en anesthésie-réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie 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
Aide-soignant (AS)				
Auxiliaire de puériculture				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Masseur-kinésithérapeute				

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

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

-

2.5 Autorisation n°4 - Socle

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 : Anesthésie-réanimation (co-DES)					
Médecin : Neurochirurgie					

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
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				
Masseur-kinésithérapeute				

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 4.1

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 - Activité : Neurochirurgie
Activité : Neurochirurgie

DEMANDE D'AUTORISATION Neurochirurgie

N° de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Moyens d'hospitalisation

Disposez-vous d'une unité d'hospitalisation à temps complet prenant en charge les patients de neurochirurgie et de salles d'intervention protégées dédiées à cette activité ?

Oui

Non

Environnement

Disposez-vous d'un accès aux unités et activités suivantes :

	Non	Bâtiment commun*	Bâtiment voisin*	Par convention
Unité de réanimation				
Unité de neuroradiologie interventionnelle				
Unité de neurologie comprenant une activité neurovasculaire				

*s'entend comme bâtiment commun ou voisin de l'unité d'hospitalisation à temps complet de chirurgie cardiaque

**mentionnée au 1° du I de l'article R. 6123-130

Traitement des lésions cancéreuses

1) Entendez-vous pratiquer le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses ?

Oui

Non

Si oui, possédez-vous une autorisation de traitement du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 du CSP ?

Oui

Non

Si non, avez-vous ou allez-vous déposer une demande d'autorisation de traitement du cancer mentionnée au 8° de l'article R. 6122-25 du CSP ?

Oui

Non

Equipements et accès aux examens de santé

- 1) Disposez-vous d'un accès à un plateau technique d'imagerie permettant de pratiquer des examens de neuroradiologie ?

Oui

Non

Si oui, cet accès est-il sur le même site, dans un bâtiment commun ou dans des bâtiments voisins ?

Sur le même site

Bâtiment commun

Bâtiments voisins

- 2) Disposez-vous de systèmes d'information et de moyens de communication permettant la pratique de la télémedecine ?

Oui

Non

- 3) Disposez-vous d'un accès aux examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase, aux gaz du sang et aux examens d'anatomopathologie en extemporané ?

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 l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux conventions sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

- 4) Disposez-vous d'un accès aux examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie ?

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 l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux conventions sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

5) 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 l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux conventions sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Locaux

Le bloc interventionnel dispose-t-il d'au moins deux salles d'intervention protégées dédiées, dont une salle réservée et équipée pour la neurochirurgie accessible en permanence ?

Oui

Non

Activité minimale

Si vous étiez titulaire d'une autorisation de neurochirurgie, veuillez renseigner le tableau d'activité ci-dessous :

Activité de neurochirurgie	N-1	N-2	N-3
Nombres d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique			
Nombre d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique dans le cadre de la neurologie fonctionnelle cérébrale			
Nombre d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique dans le cadre de la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			
Nombre d'interventions de neurochirurgie pédiatrique			

Veillez renseigner le tableau d'activité prévisionnelle ci-dessous :

Activité prévisionnelle de neurochirurgie	N+1	N+2	N+3
Nombre d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique			
Nombre d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique dans le cadre de la neurologie fonctionnelle cérébrale			
Nombre d'actes portant sur la sphère crânio-encéphalique dans le cadre de la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			
Nombre d'interventions de neurochirurgie pédiatrique			

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

Permanence des soins

Décrivez l'organisation de la permanence des soins, en liaison avec les structures de médecine d'urgence mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic, y compris par télésanté, et le traitement des patients.

Votre permanence est-elle commune à plusieurs sites ?

Oui

Non

Si oui, indiquer le nombre d'établissements partenaires :

Merci d'indiquer le numéro FINESS ET pour chaque établissement partenaire, et joindre la convention ou le projet de convention :

FINESS ET n°1 :

FINESS ET n°2 :

FINESS ET n°3 :

FINESS ET n°4 :

FINESS ET n°5 :

FINESS ET n°6 :

FINESS ET n°7 :

FINESS ET n°8 :

FINESS ET n°9 :

FINESS ET n°10 :

FINESS ET n°11 :

FINESS ET n°12 :

FINESS ET n°13 :

FINESS ET n°14 :

FINESS ET n°15 :

Merci d'ajouter la convention ou le projet de convention dans la zone de dépôt dédiée aux conventions dans votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

ASSURANCE QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS

Engagements	Case à cocher
Engagement de recueil et d'analyse de données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.	
Engagement à renseigner les registres professionnels d'observation des pratiques	

DEMANDE D'AUTORISATION

Neurochirurgie

MODALITE

Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

N° de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Locaux

Disposez-vous d'une salle supplémentaire, équipée pour la réalisation de ces actes ?

Oui

Non

Annexe 3

Demande initiale d'autorisation – Activité : Neurochirurgie

Modalité : Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques

DEMANDE D'AUTORISATION

Neurochirurgie

MODALITE

Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques

N° de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Equipements

Disposez-vous d'un accès à un appareil de radiochirurgie dédié ?

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 l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux conventions sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Locaux

Disposez-vous d'une salle supplémentaire, équipée pour la réalisation de ces actes ?

Oui

Non

Annexe 4

Demande initiale d'autorisation - Activité : Neurochirurgie
Modalité : Pédiatrique

DEMANDE D'AUTORISATION Neurochirurgie

MODALITE Pédiatrique

N° de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Equipements et locaux

- 1) Disposez-vous d'une unité dédiée à cette activité, dans un environnement pédiatrique ou à proximité d'une unité de neurochirurgie adultes ?
Oui
Non

- 2) Disposez-vous d'un nombre de lits dédiés suffisant et du personnel nécessaire pour être en mesure de prendre en charge à tout moment les soins pré et postopératoires du nouveau-né ou de l'enfant ?
Oui
Non

- 3) La réanimation pédiatrique neurochirurgicale est-elle exercée dans un secteur individualisé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique ?
Oui
Non

- 4) Le bloc interventionnel et la salle de surveillance postinterventionnelle comportent-ils des dispositifs médicaux et un environnement adapté au nouveau-né et à l'enfant ?
Oui
Non