



Demande d'autorisation :
Radiologie diagnostique

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 :

Radiologie diagnostique

Références juridiques :

-

DEMANDES D'AUTORISATIONS :

1. Pas de modalité / Pas de mention

1.1. 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 :

-

Informations spécifiques pour cette activité

Equipements

Type d'équipement	Nombre existant	Nombre souhaité
IRM		
SCANNER		

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

Convention(s) :

-

Lettre(s) d'engagement :

-

Dossier financier

Documents du dossier financier :

-

Activité : **Radiologie diagnostique**

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

2.2 Autorisation n°1

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 : Radiologie et imagerie médicale					
Physicien médical					

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
Manipulateur en électroradiologie médicale				

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

-

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

Activité : **Radiologie diagnostique**

Fait à
le

Signature du représentant légal et cachet de l'établissement

DEMANDE D'AUTORISATION

**Equipements d'imagerie en coupes
comprenant les appareils d'imagerie ou
de spectrométrie par résonance
magnétique nucléaire à utilisation
clinique ou les scanographes à utilisation
médicale à l'exception des équipements
d'imagerie hybrides**

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Description des EML existants et supplémentaires

a) Scanner

- Nombre de Scanner existants :
- Nombre de Scanner souhaités¹ :

Merci de renseigner vos scanners existants dans les premières lignes du tableau suivant puis les scanners souhaités (en plus de ceux existants) :

Scanner	Marque / Modèle	N° de série ²	Date prévisionnelle de mise en service
N°1			
N°2			
N°3			
N°4			
N°5			
N°6			
N°7			
N°8			
N°9			
N°10			
N°11			
N°12			
N°13			
N°14			
N°15			
N°16			
N°17			
N°18			

¹ Nombre d'équipement existants + nombre d'équipements supplémentaires

² Non requis pour les équipements supplémentaires

b) IRM

- Nombre de IRM existants :
- Nombre de IRM souhaités³ :

Merci de renseigner vos IRM existants dans les premières lignes du tableau suivant puis les scanners souhaités (en plus de ceux existants) :

IRM	Marque / Modèle	N° de série ⁴	Puissance	Champ	Diamètre du tunnel	Polyvalent ou ostéoarticulaire	Date prévisionnelle de mise en service
N°1							
N°2							
N°3							
N°4							
N°5							
N°6							
N°7							
N°8							
N°9							
N°10							
N°11							
N°12							
N°13							
N°14							
N°15							
N°16							
N°17							
N°18							

³ Nombre d'équipement existants + nombre d'équipements supplémentaires

⁴ Non requis pour les équipements supplémentaires

Si vous disposez d'un seul type d'EML (Scanner ou IRM), merci de joindre la convention établie avec le titulaire de l'autre type d'équipement 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

[Lorsque les deux sites relèvent du même titulaire il n'est pas requis de convention. Une organisation interne garantit l'accès des patients à l'autre équipement]

Locaux

Locaux	Oui	Non
Zone d'accueil des patients		
Zone dédiée à l'examen des patients		
Zone de préparation à l'examen et de communications des résultats permettant :		
- L'analyse de la pertinence des demandes d'examen et la confirmation des indications		
- La définition et la conduite du protocole technique radiologique		
- L'interprétation des images et la rédaction du compte-rendu		
- La communication confidentielle des résultats de l'examen aux patients		

Merci de joindre le plan des locaux dans la zone de dépôt dédiée aux locaux sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Description de l'activité sur les trois années antérieures

Scanner	N-1	N-2	N-3
Nombre d'actes			
Nombre de forfaits techniques			
Nombre d'actes selon CCAM			
Dont nombre d'actes en soins non programmés			
Dont nombre d'actes pour des patients hospitalisés			
Dont nombre d'actes pour des patients en consultation externe patients en consultations			
Nombre d'actes pour enfants de moins de 15 ans			

IRM	N-1	N-2	N-3
Nombre d'actes			
Nombre de forfaits techniques			
Nombre d'actes selon CCAM			
Dont nombre d'actes en soins non programmés			
Dont nombre d'actes pour des patients hospitalisés			
Dont nombre d'actes pour des patients en consultation externe patients en consultations			
Nombre d'actes pour enfants de moins de 15 ans			

Activité minimale prévisionnelle

	N+1	N+2	N+3
Nombre d'actes diagnostiques par type d'équipement (IRM)			
Nombre d'actes diagnostiques par type d'équipement (Scanner)			

Assurance qualité et pertinence des soins

Engagements	Case à cocher	Commentaires
Engagement à respecter l'obligation d'assurance qualité définie au I de l'article L. 1333-19 du CSP		
Le titulaire de l'autorisation d'imagerie en coupes s'assure du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans le but d'améliorer les pratiques et la gestion des risques.		
L'équipe radiologique identifie et met à jour régulièrement les recommandations de bonnes pratiques radiologiques et d'imagerie médicale à appliquer. Elle met en place une évaluation du respect de ces standards.		
Les équipements sont connectés à un système d'archivage de partage et de diffusion des examens y compris des images permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des soins radiologiques et la pertinence des actes réalisés.		
Les conditions de prises en charge et les protocoles de réalisation des actes sont adaptés aux enfants		
Les équipements exposant aux rayonnements ionisants disposent des outils permettant l'optimisation de la radioprotection des patients et des personnels.		

Environnement

Disposez-vous d'une procédure d'urgence formalisée permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ?

Oui

Non

Si oui, merci de joindre la procédure dans la zone de dépôt « Documents spécifiques à l'activité » de votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Les coopérations existantes ou en projet avec les autres structures de soins

Veillez décrire les co-utilisations et conventions signées : public/libéral, intra-hospitalière et libérale ; ainsi que les modes de collaboration (GCS, GIE, conventions de coopération, conventions de co-utilisation, ...)

Le cas échéant, merci de joindre les conventions correspondantes 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

Permanence et continuité des soins

1) Participation à la permanence des soins sur site :

Oui

Non

Si oui : décrire comment se déroule l'organisation

2) Avez-vous recours à la télé-radiologie ?

Oui

Non

Est-elle réalisée par un prestataire ?

Oui

Non

Si oui, précisez avec quel organisme :

Préciser les modalités :

- en horaire de PDSSES

Oui

Non

- en journée

Oui

Non

Participation à la permanence des soins commune à plusieurs titulaires d'imagerie en coupes autorisés par convention ?

Oui

Non

Votre participation à la PDS s'inscrit-elle dans une organisation territoriale ?

Oui

Non

Si oui : décrire les modalités :

3) Prise en charge des demandes urgentes en journée

Oui

Non

Décrire les modalités (pour le site et/ou les radiologues y travaillant) de participation à la continuité des soins pour les prises en charge urgentes et non programmées, ainsi que les amplitudes horaires.