



Demande d'autorisation :
Soins médicaux et de réadaptation

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 :

Soins médicaux et de réadaptation

Références juridiques :

- Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>, page 26

DEMANDES D'AUTORISATIONS :

- 1. Pas de modalité / Polyvalent**
 - 1.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 2. Pédiatrie / Enfants et adolescents**
 - 2.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 3. Pédiatrie / Jeunes enfants, enfants et adolescents**
 - 3.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 4. Cancer / Oncologie**
 - 4.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 5. Cancer / Oncologie et hématologie**
 - 5.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 6. Pas de modalité / Gériatrie**
 - 6.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 7. Pas de modalité / Locomoteur**
 - 7.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 8. Pas de modalité / Système nerveux**
 - 8.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 9. Pas de modalité / Cardio-Vasculaire**
 - 9.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 10. Pas de modalité / Pneumologie**
 - 10.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 11. Pas de modalité / Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition**
 - 11.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 12. Pas de modalité / Brûlés**
 - 12.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Pas de déclaration**
- 13. Pas de modalité / Conduites addictives**
 - 13.1. 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 :

-

Activité : Soins médicaux et de réadaptation

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 - Polyvalent

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 : Médecine physique et de réadaptation					

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°10 - Pédiatrie / Enfants et adolescents

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 11

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Activité : Soins médicaux et de réadaptation

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					
Médecin : Pédiatrie					

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
Educateur de jeunes enfants ou éducateur spécialisé				
Psychologue				

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 10.1

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°11 - Pédiatrie / Jeunes enfants, enfants et adolescents

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 12

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 : Addictologie					
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					
Médecin : Pédiatrie					

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
Auxiliaire de puéricultures, auxiliaire médicale ou personnel des professions éducatives				
Educateur de jeunes enfants ou éducateur spécialisé				
Psychologue				

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 11.1

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°12 - Cancer / Oncologie

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 13

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 : Oncologie					

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
Diététicien				
Psychologue				

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 12.1

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

-

2.6 Autorisation n°13 - Cancer / Oncologie et hématologie

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 14

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 : Hématologie					

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
Diététicien				
Psychologue				

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 13.1

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

-

2.7 Autorisation n°2 - Gériatrie

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 : Gériatrie					

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
Diététicien				
Ergothérapeute				
Psychologue				

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

-

2.8 Autorisation n°3 - Locomoteur

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 : Médecine physique et de réadaptation					
Médecin : Rhumatologie					

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
Ergothérapeute				
Psychologue				

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

-

2.9 Autorisation n°4 - Système nerveux

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 5

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Activité : Soins médicaux et de réadaptation

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					
Médecin : Neurologie					

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
Ergothérapeute				
Orthophoniste				
Psychologue				

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

-

2.10 Autorisation n°5 - Cardio-Vasculaire

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 6

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)
Cardiologue					
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					

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
Diététicien				
Psychologue				

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 5.1

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

-

2.11 Autorisation n°6 - Pneumologie

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 7

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 : Médecine générale					
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					
Médecin : Pneumologie					

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
Diététicien				
Psychologue				

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 6.1

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

-

2.12 Autorisation n°7 - Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 8

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 : Endocrinologie-diabétologie-nutrition					
Médecin : Hépato-gastro-entérologie					
Médecin : Médecine générale					

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
Diététicien				
Enseignant en activité physique adaptée				
Psychologue				

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 7.1

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

-

2.13 Autorisation n°8 - Brûlés

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 9

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 : Brûlologie					
Médecin : Médecine physique et de réadaptation					

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				
Prothésiste				

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
Diététicien				
Ergothérapeute				
Orthophoniste				
Psychologue				

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 8.1

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

-

2.14 Autorisation n°9 - Conduites addictives

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 10

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 : Addictologie					

Autre personnel

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

Effectifs paramédicaux

Activité : Soins médicaux et de réadaptation

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				

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
Psychologue				

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 9.1

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 d'Activité de Soins Médicaux et de Réadaptation
Formulaire relatif à l'activité

DEMANDE D'AUTORISATION

Soins médicaux et de réadaptation

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

LOCAUX ET EQUIPEMENTS

COMPOSITION DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124- 177-1	Une ou plusieurs salles dédiées à la réadaptation, adaptées à la nature de la prise en charge et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant l'accueil de plusieurs patients.	Oui Non
	Une ou plusieurs salles de convivialité.	Oui Non
Art. D. 6124- 177-2	Le secteur d'hospitalisation comprend des chambres composées d'un ou de deux lits.	Oui Non
	Chaque chambre est équipée d'un dispositif d'appel adapté à l'état du patient.	Oui Non
	Le secteur d'hospitalisation et les salles de réadaptation disposent d'un accès au chariot d'urgence organisé dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.	Oui Non
	Le secteur d'hospitalisation et les salles de réadaptation disposent d'un accès aux fluides médicaux organisé dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.	Oui Non
Art. R. 6123- 123	L'établissement dispose d'un accès à un scanographe. <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement dispose d'un accès à une imagerie à résonance magnétique. <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement est en mesure de faire réaliser des analyses de biologie médicale. <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

*Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.
Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :*

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

COMPOSITION GLOBALE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-3	Au moins, deux médecins dont le médecin coordonnateur.	Oui Non
	Au moins un infirmier.	Oui Non
	Au moins un assistant de service social.	Oui Non
	Un plan de formation pluriannuel de l'équipe à l'éducation thérapeutique du domaine concerné est formalisé	Oui Non

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents :

À noter : *les effectifs seront à détailler dans la partie « état et qualification des effectifs » de chaque mention.*

PARCOURS DE SOINS

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. D. 6124- 177-3	L'équipe pluridisciplinaire établit pour chaque patient un bilan initial et élabore avec lui un projet thérapeutique en liaison avec le médecin prescripteur des soins médicaux et de réadaptation. Les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique sont déterminés et périodiquement réévalués. Dans le cadre d'une prise en charge pédiatrique, le titulaire de l'autorité parentale est associé.	Oui Non
	Si le bilan initial, l'élaboration du projet thérapeutique ou sa mise en œuvre le nécessite, des membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent se déplacer et intervenir dans les lieux de vie du patient ou dans les structures de soins, les structures médico-sociales ou les structures sociales qui l'accueillent ou sont susceptibles de l'accueillir, avec son accord et en lien avec son médecin traitant ou à la demande des structures d'accueil.	Oui Non
Art. R. 6123- 124	L'établissement participe au réseau de prise en charge des urgences dans les conditions que détermine la convention constitutive du réseau.	Oui Non
Art. R. 6123- 125	L'établissement organise, par convention avec d'autres établissements de santé, services ou professionnels la prise en charge dans les structures dispensant des soins de courte durée ou de longue durée. <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement organise, par convention avec d'autres établissements de santé, services ou professionnels la préparation et l'accompagnement des patients à la réinsertion, notamment par l'admission en établissement ou en service médico-social. <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement transmet les ressources disponibles au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).	Oui Non
Art. D. 6124- 177-6	L'établissement s'assure du recueil et de l'analyse de données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.	Oui Non

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents :

CONTINUITÉ DES SOINS

CONTINUITÉ DES SOINS		
Art. R. 6123- 125-3	L'établissement assure la continuité des soins et l'intervention d'un médecin dans un délai compatible avec la sécurité des patients.	Oui Non
Art. D. 6124- 177-5	La nuit, la continuité des soins est assurée par la présence en permanence d'au moins un infirmier	Oui Non

CONTINUITÉ DES SOINS

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents :

Annexe 2

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Polyvalent

DEMANDE D'AUTORISATION Soins médicaux et de réadaptation

Mention Polyvalent

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

*Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.
Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :*

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
	L'établissement dispose sur place d'un espace dédié à la réadaptation	Oui Non

Le cas échéant, merci de décrire les moyens et équipements mobilisés, notamment pour réaliser la télésanté.

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-9	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Diététique	
	Psychomotricité	
	Orthophonie	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-10	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins une séquence de traitement individuelle ou collective.	Oui Non

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124-177-8	Le médecin coordonnateur justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation ¹	Oui Non
Art. D. 6124-177-7	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non

Médecin responsable ou coordonnateur :

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à la mention « Polyvalent »)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

¹ La formation attestée est, soit une qualification dans la discipline médicale concernée accordée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, soit un des titres de formation mentionnés au 2° de l'article L. 4131-1 du code de la santé publique, soit une autorisation individuelle à exercer la médecine en application des articles L. 4111-2 et L. 4131-1-1 du code de la santé publique. L'expérience attestée dans une discipline médicale doit comprendre a minima trois ans d'exercice au sein d'une structure en lien avec la discipline concernée.

Annexe 3

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Gériatrie

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Gériatrie

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-11	Le site autorisé comprend des espaces adaptés aux besoins spécifiques des patients, notamment ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	Oui Non
Art. D. 6124-177-12	Le site autorisé assure l'accès à un plateau neurocognitif ¹ <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
<p><i>Le cas échéant, vous pouvez ici décrire les équipements et espaces mises à disposition :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chambres : fonctionnalités des lits, équipements de douche, systèmes de transferts...</i> - <i>Espaces de circulation : main courant, couloir de déambulation,</i> - <i>Le cas échéant – Signalétique adaptée aux déficiences cognitives</i> - <i>Le cas échéant – Présence de locaux ergonomiques de mise en situation au domicile</i> 		

¹ Locaux permettant un isolement et une attention suffisante pour réaliser des programmes de réadaptation et équipements informatiques la réadaptation cognitive

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-13	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Diététique	
	Psychomotricité	
	Orthophonie	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement, individuelles ou collectives.	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-13	Des membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à la prise en charge des affections des patients souffrant notamment de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-14	Le médecin coordonnateur est spécialisé en gériatrie ou justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en gériatrie	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-13	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un ergothérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		

Art. D. 6124- 177-13	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non
----------------------------	--	------------

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à la mention « Polyvalent »)</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
-	<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à la mention « Polyvalent »)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 4

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Locomoteur

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Locomoteur

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124- 177-17	L'établissement autorisé comprend sur site une ou plusieurs salles de simulation d'espace de vie	Oui Non
	Si oui : merci d'en préciser le nombre	
Art. D. 6124- 177-18	L'établissement autorisé dispose sur site d'équipements d'électrothérapie	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'une installation de balnéothérapie	Oui Non
	OU , l'établissement autorisé dispose sur site d'une installation d'un système d'allègement du poids du corps	Oui Non
	L'établissement autorisé assure l'accès à un atelier d'ajustement d'aides techniques et de prothèse <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
L'établissement autorisé assure l'accès à un laboratoire d'analyse du mouvement <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations	
<p>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention :</p> <p>À titre d'exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appareils d'isocinétisme, appareil de physiothérapie et de traitement physique des douleurs - Salle d'activité physique adaptée ; - Équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages ; - Accès à un EMG ; - Accès à un atelier fauteuil roulants (adaptations spécifiques et maintenance). 		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-21	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Orthoprothésie	
	Psychomotricité	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-22	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement dont au moins une séquence de soins individualisés	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-20	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en rhumatologie et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMÉDICAUX		
Art. D. 6124- 177-19	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un ergothérapeute	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-19	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

FONCTIONNEMENT

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	
Au sein de l'établissement autorisé, la kinésithérapie est possible le week-end et les jours fériés	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation</p> <p><i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer</p> <p><i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
-	<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i></p>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 5

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Système nerveux

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Système nerveux

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-23	L'établissement autorisé comprend sur site une ou plusieurs salles de simulation d'espace de vie	Oui Non
	Si oui : merci d'en préciser le nombre	
Art. D. 6124-177-24	L'établissement autorisé dispose sur site d'un plateau neurocognitif ¹	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'outils permettant l'évaluation et la rééducation de la posture, de l'équilibre et de la marche	Oui Non
	L'établissement autorisé assure l'accès à un plateau technique permettant de réaliser des examens d'électromyographie et d'électroencéphalographie <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un laboratoire d'urodynamique <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un laboratoire d'analyse du mouvement <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

¹ Locaux permettant un isolement et une attention suffisante pour réaliser des programmes de réadaptation et équipements informatiques la réadaptation cognitive

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de Soins médicaux et de réadaptation
Formulaire relatif à la Mention Système nerveux

Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention

À titre d'exemple :

- *Isocinétisme, laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement, rééducation robotisée membre inférieur ou membre supérieur ;*
- *Équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages.*
- *Appareil de débimétrie et des échographes de mesures du volume vésical (bladder scan) dans l'établissement ;*
- *Plateau de réadaptation au milieu familial et professionnel (avec cuisine, salle de bain, voire appartement thérapeutique) ;*
- *Atelier d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, informatique) ;*
- *Atelier de fauteuil roulant ;*
- *Salle d'activité physique adaptée.*

ENVIRONNEMENT

ENVIRONNEMENT		
Art. R. 6123-123	L'établissement assure l'accès à une unité de réanimation <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
Art. R. 6123-123	L'établissement assure l'accès à une unité de neurochirurgie <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-27	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	orthophonie	
	Psychomotricité	
	Prise en charge neuropsychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-28	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement individuelles ou collectives.	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-26	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-25	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un ergothérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un orthophoniste	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-25	L'équipe pluridisciplinaire comprend un ou plusieurs psychologues, dont au moins un justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en neuropsychologie.	Oui Non

FONCTIONNEMENT

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	
Au sein de l'établissement autorisé, la kinésithérapie est possible le week-end et les jours fériés	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
-	<i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



A déposer dans le SI-Autorisations

Annexe 6

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Cardiovasculaire

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Cardiovasculaire

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-29	L'établissement autorisé dispose sur site d'une salle d'urgence disposant des équipements permettant d'accomplir les gestes d'urgence et de réanimation cardiaque dans l'attente du transfert vers une unité de soins intensifs en cardiologie	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'un plateau technique d'exploration équipé d'installations d'échocardiographie, d'épreuve d'effort et de télémétrie	Oui Non
Art. D. 6124-177-30	L'établissement autorisé dispose sur site d'un plateau technique de réadaptation équipé d'un système de monitoring cardiaque, d'appareils de réentraînement variés	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'un chariot d'urgence comportant un défibrillateur, avec accès aux fluides médicaux et au vide, à proximité des salles de réadaptation	Oui Non
<p><i>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention</i></p> <p><i>À titre d'exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Plateau de reconditionnement à l'effort (bicyclette, tapis roulant, autres types d'ergomètres adaptés à la typologie des patients pris en charge, matériel pour renforcement musculaire, dispositifs d'entraînement ventilatoire...)</i> ; - <i>Fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de réadaptation ;</i> - <i>Saturomètre ;</i> - <i>Système de surveillance électro-cardiographique ambulatoire continue des patients avec mémorisation des événements ;</i> - <i>Cardio-fréquencemètres ;</i> - <i>Mesure ambulatoire de la pression artérielle ;</i> - <i>Holter ECG ;</i> - <i>Echodoppler vasculaire ;</i> - <i>Salle permettant l'activité physique adaptée.</i> 		

ENVIRONNEMENT

ENVIRONNEMENT		
Art. R. 6123-123	L'établissement assure l'accès à une unité de cardiologie	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
Art. R. 6123-123	En cas de besoin, le transfert des patients vers une unité de soins intensifs est organisé :	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-33	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Diététique	
	Prise en charge psychologique	
	Éducation thérapeutique	
Art. D. 6124-177-34	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement individuelles ou collectives	Oui Non

ETAT ET QUALIFICATION DES EFFECTIFS MEDICAUX AFFECTES A LA MENTION « CARDIOVASCULAIRE »

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124-177-32	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine cardiovasculaire ou en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en cardiologie Dans tous les cas, l'établissement assure l'accès des patients à un médecin spécialisé en cardiologie	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124-177-31	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124-177-31	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

FONCTIONNEMENT

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT		
Art. D. 6124-177-35	En complément des dispositions communes, la continuité des soins est assurée par un médecin spécialisé en médecine cardiovasculaire.	Oui Non
	Au moins un infirmier assure une permanence continue dans les salles de rééducation	Oui Non
	L'établissement assure l'intervention immédiate en salle de réadaptation d'un médecin spécialisé en cardiologie en cas de besoin.	Oui Non
-	<i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i>	

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
-	<i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 7

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Pneumologie

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Pneumologie

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-36	L'établissement autorisé comprend des espaces nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort	Oui Non
	L'établissement autorisé comprend une salle d'urgence disposant des équipements permettant d'accomplir les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale, les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène	Oui Non
Art. D. 6124-177-37	L'établissement autorisé dispose sur site d'un plateau technique d'explorations fonctionnelles respiratoires permettant la réalisation d'une courbe débit-volume	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'un accès à la ventilation non invasive	Oui Non
	L'établissement autorisé dispose sur site d'une oxygénothérapie	Oui Non
	L'établissement autorisé assure l'accès à un plateau technique d'exploration respiratoire <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à la mise en route d'une ventilation non invasive <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
<p><i>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention</i></p> <p><i>À titre d'exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tests de marche de 6 minutes ; - Salle de sport adapté ; - Équipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation. 		

ENVIRONNEMENT

ENVIRONNEMENT		
Art. R. 6123-123	L'établissement assure l'accès à une unité de réanimation <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
Art. R. 6123-123	L'établissement assure l'accès à une unité de soins intensifs <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-40	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Diététique	
	Orthophonie	
	Psychomotricité	
	Prise en charge psychologique	
	Éducation thérapeutique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124-177-41	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement, dont au moins une de masso-kinésithérapie	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-38	Des membres l'équipe pluridisciplinaire sont formés à l'utilisation des équipements permettant d'accomplir les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-39	Le médecin coordonnateur est spécialisé en pneumologie ou en médecine physique et de réadaptation et justifiant dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie ou en médecine générale et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie et en réadaptation Dans tous les cas, L'établissement assure l'accès des patients à une médecin spécialisé en pneumologie	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-38	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-38	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

FONCTIONNEMENT

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	
Au sein de l'établissement autorisé, la kinésithérapie est possible le week-end et les jours fériés	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations

	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
-	<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i></p>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents


**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 8

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention SDEDN

DEMANDE D'AUTORISATION Soins médicaux et de réadaptation

***Mention Système digestif, endocrinologie,
diabétologie, nutrition***

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124- 177-42	L'établissement autorisé comprend des espaces adaptés au poids des patients accueillis	Oui Non
Art. D. 6124- 177-43	L'établissement autorisé dispose sur site de matériels adaptés au poids des patients accueillis	Oui Non
	L'établissement autorisé assure l'accès à un plateau technique de réadaptation permettant la prise en charge des patients avec obésité sévère <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
Art. R. 6123- 123	L'établissement autorisé assure l'accès à un scanographe adaptés à la prise en charge des patients avec obésité sévère <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à une imagerie à résonance magnétique adaptés à la prise en charge des patients avec obésité sévère <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé dispose de locaux permettent la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle ainsi que la participation de l'entourage aux programmes de soins	Oui Non

Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention

À titre d'exemple :

- Une cuisine éducative ;
- Des salles d'éducation de groupe ;
- Un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale ;
- Un parcours de marche extérieur ;
- Une salle d'activité physique.

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-46	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Diététique	
	Prise en charge psychologique	
	Éducation thérapeutique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-47	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement dont une séquence de soins individualisés.	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-45	Le médecin coordonnateur est spécialisé en endocrinologie-diabétologie-nutrition ou en hépato-gastro-entérologie et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en nutrition ou en médecine générale et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en endocrinologie-diabétologie-nutrition.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMÉDICAUX		
Art. D. 6124- 177-44	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non

Art. D. 6124- 177-44	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-44	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non
Art. D. 6124- 177-44	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un enseignant en activité physique adaptée	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
-	<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i></p>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



A déposer dans le
SI-Autorisations

Annexe 9

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Brûlés

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Brûlés

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-48	L'établissement autorisé dispose sur site d'une salle d'asepsie et de pansements spécifiques	Oui Non
Art. D. 6124-177-49	L'établissement autorisé dispose sur site d'une installation de balnéothérapie et d'une douche filiforme	Oui Non
	L'établissement autorisé assure l'accès à un atelier d'ajustement d'aides techniques <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un atelier d'appareillage et de confection de prothèses <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un laboratoire d'analyse du mouvement <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations

Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention

À titre d'exemple :

- En kinésithérapie : des espaces suffisants pour permettre des soins individuels, des équipements pour la verticalisation, la récupération d'amplitude articulaire, la rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort et de matériel de massothérapie mécanique et de physiothérapie ;
- En ergothérapie : des locaux spécifiques répartis en locaux individuels ou communs et en ateliers, équipés pour la rééducation analytique et globale de la préhension, du geste et de la fonction, la réalisation d'appareillages (conformateurs pour l'adulte et l'adolescent ou masques faciaux pour l'enfant, orthèses) et la réadaptation au milieu socio-familial et professionnel ;
- Une ou plusieurs salles de pansements spécialisées permettent des soins sous antalgie (analgésie ou éventuellement anesthésie en fonction l'état du patient) ;
- Un atelier de couture (confection de vêtements compressifs) ;
- Chambres individuelles ou d'isolement, Salles dédiées à la psychomotricité, l'orthophonie, le maquillage esthétique, Salle de réadaptation à l'effort, de musculation et de sport.

ENVIRONNEMENT

ENVIRONNEMENT		
Art. R. 6123-123	L'établissement autorisé assure l'accès à un établissement autorisé à exercer l'activité de traitement des grands brûlés	Oui Non

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-52	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Orthophonie	
	Psychomotricité	
	Diététique	
	Prise en charge psychologique	
	Orthoprothésie	

ETAT ET QUALIFICATION DES EFFECTIFS MEDICAUX AFFECTES A LA MENTION « BRÛLÉS »

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-51	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou justifie d'une formation ou d'une expérience attestée dans le traitement des grands brûlés.	Oui Non
Art. D. 6124- 177-50	Les infirmiers justifient d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge des brûlés	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-50	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	Si oui : Les masseurs-kinésithérapeutes justifient d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge des brûlés	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un ergothérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un orthophoniste	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-50	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un prothésiste ou orthésiste	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
	<p>L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer</p> <p><i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i></p>	<p>Oui Non</p> <p></p> <p>A déposer dans le SI-Autorisations</p>
-	<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i></p>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



A déposer dans le SI-Autorisations

Annexe 10

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Conduites addictives

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Mention Conduites addictives

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	
<p><i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.</i> <i>Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :</i></p>		

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124- 177-53	L'établissement autorisé comprend un secteur de vie collective et des espaces permettant la participation de l'entourage du patient	Oui Non
<p><i>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention :</i></p>		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-56	Prise en charge psychologique	
	Éducation thérapeutique	
	Ergothérapie	
	Psychomotricité	
	Diététique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-57	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement individuelles ou collectives. Elles peuvent associer, chaque fois que nécessaire, sur proposition médicale et avec l'accord du patient, un ou plusieurs membres de l'entourage du patient	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-54	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire justifient d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge en addictologie	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-55	Le médecin coordonnateur justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-54	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de Réadaptation <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer <i>Si oui, merci de le ou les ajouter dans la zone de dépôt aux documents sur votre dossier</i>	Oui Non  A déposer dans le SI-Autorisations
-	<i>Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points relatifs à cette section</i>	

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



A déposer dans le SI-Autorisations

Annexe 11

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Enfants et Adolescents

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Modalité Pédiatrie ***Mention Enfants et adolescents***

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

LOCAUX ET EQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-58	L'établissement autorisé comprend des espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs pour les patients	Oui Non
Art. D. 6124-177-2	Merci d'indiquer le nombre maximum de lits par chambre	
<p>Si le secteur d'hospitalisation comprend des chambres allant jusqu'à quatre lits, merci de décrire l'organisation permettant de garantir le respect de l'intimité des patients (Art. D. 6124-177-59, Disposition dérogatoire non autorisé en cas de création d'activité)</p>		

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
 Formulaire relatif à la Mention Enfants et Adolescents

	L'établissement autorisé assure une prise en charge mixte adulte et enfant	Oui Non
<p>Si oui, merci de décrire l'organisation permettant à l'enfant de disposer d'espaces qui lui sont propres</p>		
Art. D. 6124-177-63	L'établissement autorisé assure l'accès à l'enseignement scolaire	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
<p>Si « sur site », Merci de décrire les équipements et l'organisation mise en œuvre afin de permettre l'accès à l'enseignement scolaire :</p>		

ENVIRONNEMENT

ACCES AUX SOINS		
Art. R. 6123-123	L'établissement autorisé assure l'accès à une unité de réanimation pédiatrique	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un plateau technique de réadaptation permettant la prise en charge des patients en fonction des pathologies traitées et/ou de certaines reconnaissances contractuelles.	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé dispose sur site de locaux permettant la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation, de même que la participation de l'entourage aux programmes de soins en éducation thérapeutique (accueil de la famille)	Oui Non
Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-64	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	orthophonie	
	Psychomotricité	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124-177-65	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement dont au moins une individuelle	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-60	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à l'approche et la prise en charge de l'enfant Si l'établissement autorisé prend en charge des enfants placés sous oxygénothérapie, sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, alors les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à la prise en charge de ces patients et à l'utilisation des appareils	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-61	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation Si l'établissement autorisé prend en charge des enfants placés sous oxygénothérapie, sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, alors le médecin coordonnateur est spécialisé en pédiatrie.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-60	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-60	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un éducateur de jeunes enfants	Oui Non
	OU , l'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un éducateur spécialisé	Oui Non

CONTINUITÉ DES SOINS

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT		
Art. D. 6124- 177-62	La continuité médicale des soins permet d'assurer l'intervention d'un médecin spécialisé en pédiatrie ou d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge des enfants dans un délai compatible avec la sécurité des patients	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de réadaptation	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 12

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Jeunes enfants, enfants et Adolescents

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Modalité Pédiatrie ***Mention Jeunes enfants, enfants et adolescents***

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

LOCAUX ET EQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-58	L'établissement autorisé comprend des espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs pour les patients	Oui Non
Art. D. 6124-177-2	Merci d'indiquer le nombre maximum de lits par chambre	
<p>Si le secteur d'hospitalisation comprend des chambres allant jusqu'à quatre lits, merci de décrire l'organisation permettant de garantir le respect de l'intimité des patients (Art. D. 6124-177-59, Disposition dérogatoire non autorisé en cas de création d'activité)</p>		
	L'établissement autorisé assure une prise en charge mixte adulte et enfant	Oui Non
<p>Si oui, merci de décrire l'organisation permettant à l'enfant de disposer d'espaces qui lui sont propres</p>		
Art. D. 6124-177-63	L'établissement autorisé assure l'accès à l'enseignement scolaire	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
<p>Si « sur site », Merci de décrire les équipements et l'organisation mise en œuvre afin de permettre l'accès à l'enseignement scolaire :</p>		

ENVIRONNEMENT

ACCES AUX SOINS		
Art. R. 6123-123	L'établissement autorisé assure l'accès à une unité de réanimation pédiatrique	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure l'accès à un plateau technique de réadaptation permettant la prise en charge des patients en fonction des pathologies traitées et/ou de certaines reconnaissances contractuelles.	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé dispose sur site de locaux permettant la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation, de même que la participation de l'entourage aux programmes de soins en éducation thérapeutique (accueil de la famille)	Oui Non
Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-64	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	orthophonie	
	Psychomotricité	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124-177-65	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement dont au moins une individuelle	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-60	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à l'approche et la prise en charge de l'enfant Si l'établissement autorisé prend en charge des enfants placés sous oxygénothérapie, sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, alors les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à la prise en charge de ces patients et à l'utilisation des appareils	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
SPECIFIQUE MENTION "JEUNES ENFANTS, ENFANTS ET ADOLESCENTS"		
Art. D. 6124- 177-66	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un auxiliaire de puériculture	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-61	Le médecin coordonnateur est spécialisé en médecine physique et de réadaptation ou en neurologie et justifie dans ce cas d'une formation ou d'une expérience attestée en réadaptation Si l'établissement autorisé prend en charge des enfants placés sous oxygénothérapie, sous ventilation artificielle ou bénéficient d'une alimentation parentérale, alors le médecin coordonnateur est spécialisé en pédiatrie.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-60	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-60	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un éducateur de jeunes enfants	Oui Non
	OU , l'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un éducateur spécialisé	Oui Non

CONTINUITÉ DES SOINS

FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT		
Art. D. 6124- 177-62	La continuité médicale des soins permet d'assurer l'intervention d'un médecin spécialisé en pédiatrie ou d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée dans la prise en charge des enfants dans un délai compatible avec la sécurité des patients	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de réadaptation	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 13

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Oncologie

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Modalité Cancer ***Mention Oncologie***

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.
 Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124-177-67	L'établissement autorisé dispose d'un espace dédié aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes atteintes d'un cancer tout au long de la maladie.	Oui Non
<p><i>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention</i></p> <p><i>À titre d'exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Parc de pompes de nutrition entérale et parentérale, seringues auto-pousseuses et pompes à morphine (PCA) ; - Accès aux fluides médicaux : oxygène et aspiration ; - Chambre individuelle, avec lit accompagnant ; - Présence d'une salle des familles, qui pourra être commune avec les autres services de l'établissement. 		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124-177-70	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Orthophonie	
	Psychomotricité	
	Diététique	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124-177-71	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement individuelles ou collectives.	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124-177-68	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés aux spécificités de la réadaptation pour les patients atteints de cancer	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124-177-69	Le médecin coordonnateur est spécialisé en oncologie, option oncologie médicale, ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en oncologie médicale.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124-177-68	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124-177-68	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123-123	L'établissement autorisé participe au dispositif spécifique régional du cancer de sa région	Oui Non
Art. D. 6124-177-73	L'établissement autorisé est en capacité d'assurer la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie, dans les conditions prévues à l'article R. 6123-94	Oui Non
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de réadaptation	Oui Non
Art. R. 6123-125	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer	Oui Non

	<p>Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.</p>	 A déposer dans le SI-Autorisations
--	--	--

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 14

Demande initiale d'autorisation de l'Activité de **Soins médicaux et de réadaptation**
Formulaire relatif à la Mention Oncologie/Hématologie

DEMANDE D'AUTORISATION **Soins médicaux et de réadaptation**

Modalité Cancer ***Mention Oncologie et hématologie***

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

FORME DE PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATIONS COMPLETE ET A TEMPS PARTIEL		
Art. D. 6124- 177-1	L'établissement permet la prise en charge en hospitalisation complète <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement permet la prise en charge à temps partiel <i>Si par convention, merci de l'ajouter dans la zone de dépôt dédiée aux documents sur votre dossier (située dans les informations relatives à l'activité)</i>	Non Sur site Par convention  A déposer dans le SI-Autorisations
	L'établissement s'engage à faciliter l'accompagnement du patient par son entourage	

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Vous pouvez à titre d'exemple préciser les moyens et équipements permettant de réaliser la télésanté :

LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS

COMPOSITION SPECIFIQUE DES LOCAUX ET ÉQUIPEMENTS		
Art. D. 6124- 177-67	L'établissement autorisé dispose d'un espace dédié aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes atteintes d'un cancer tout au long de la maladie.	Oui Non
<p><i>Le cas échéant, merci de décrire les équipements complémentaires à votre disposition en précisant systématiquement s'ils sont accessibles sur site ou par convention</i></p> <p><i>À titre d'exemple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Parc de pompes de nutrition entérale et parentérale, seringues auto-pousseuses et pompes à morphine (PCA) ; - Accès aux fluides médicaux : oxygène et aspiration ; - Chambre individuelle, avec lit accompagnant ; - Présence d'une salle des familles, qui pourra être commune avec les autres services de l'établissement. 		

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

LES PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES		
Art. D. 6124- 177-70	Masso-kinésithérapie	
	Ergothérapie	
	Orthophonie	
	Psychomotricité	
	Diététique	
	Prise en charge psychologique	
	Activité physique adaptée	
Art. D. 6124- 177-71	L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement individuelles ou collectives.	Oui Non

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE		
Art. D. 6124- 177-68	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés aux spécificités de la réadaptation pour les patients atteints de cancer	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
	Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés à l'utilisation des dispositifs centraux de longue durée.	Oui Non
	Si oui , merci d'indiquer le nombre de membres formés	
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS MEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-72	Le médecin coordonnateur est spécialisé en oncologie, option oncologie médicale, ou justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en oncologie médicale et médecine spécialisée en hématologie ou qui justifie d'une formation ou d'une expérience attestée en onco-hématologie.	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES EFFECTIFS PARAMEDICAUX		
Art. D. 6124- 177-68	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un masseur-kinésithérapeute	Oui Non
	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un diététicien	Oui Non
CONDITIONS PARTICULIÈRES AUTRES EFFECTIFS		
Art. D. 6124- 177-68	L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins un psychologue	Oui Non

ORGANISATION DE L'OFFRE

ORGANISATION ET CONTRIBUTION DE L'ÉTABLISSEMENT AU PARCOURS DE SOINS		
Art. R. 6123- 123	L'établissement autorisé participe au dispositif spécifique régional du cancer de sa région	Oui Non
Art. D. 6124- 177-73	L'établissement autorisé est en capacité d'assurer la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie, dans les conditions prévues à l'article R. 6123-94	Oui Non
Art. R. 6123- 125	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, une activité de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de soins médicaux et de réadaptation	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations

	L'établissement autorisé assure dans son domaine de compétence par voie de convention, la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer	Oui Non
	Si oui : Si vous disposez du document (formalisé, actualisé le cas échéant et signé) merci de l'ajouter.	 A déposer dans le SI-Autorisations

Le cas échéant, merci d'apporter ici toutes précisions utiles permettant d'apprécier plus qualitativement les points précédents.

Éléments et documents complémentaires spécifiques à la mention, utiles à l'appréciation du dossier

Vous pouvez également préciser les reconnaissances contractuelles et activités d'expertises le cas échéant.

Merci de joindre tout autre document utile à l'appréciation de votre dossier dans la zone dédiée aux autres documents



A déposer dans le SI-Autorisations