*Au préalable : Les actions éligibles devront avoir été réalisées lors de la semaine de sécurité des patients 2023 (20 au 24 novembre). Par conséquent, les actions au stade de projet et non amorcées ne sont pas acceptées*

1. **Identification de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| Finess juridique (ou SIRET, ou RPPS, si applicable) |  |
| Finess géographique (si applicable) |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement ou de la structure |  |
| Secteur (Sanitaire / MS / ambulatoire) |  |
| Commune |  |
| Département |  |
| Nom et prénom du correspondant |  |
| Téléphone |  |
| Adresse mail |  |

1. **Projet**

**Thème 2023 : « Faire des patients les acteurs de leur propre sécurité »**

|  |  |
| --- | --- |
| Thématique sur laquelle porte le projet.  *Ex : patient partenaire, mesure de la qualité des soins effectuée par le patient, patient traceur, implication du patient dans l’analyse de son EIGS, …* |  |

Les projets répondront au moins à deux des critères suivants *(cocher la ou les cases correspondantes)*:

Action innovante et structurante

Action associant les patients et favorisant l’instauration d’une culture de sécurité

Action conduite au plus près des patients et des professionnels prenant en compte les enjeux actuels des parcours de soins

Action visant à fédérer les professionnels de santé des différents secteurs de soins autour de priorités partagées

|  |  |
| --- | --- |
| Format du support |  |
| Intitulé de l’action |  |
| Responsable de l’action |  |
| Objectif de l’action |  |
| Descriptif |  |
| Public ciblé |  |
| Acteurs concernés pour élaborer le projet |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise l’ARS Grand Est à relayer sur son site internet le support produit | Oui | Non |
|  |  |

Le présent formulaire complété par vos soins est à nous transmettre au plus tard le :

**20 décembre 2023**

Le support présentant le projet devra dans la mesure du possible être annexé au dossier.

Il est recommandé de cibler et d’annexer ensuite tout document utile à la compréhension du projet.

L’ensemble doit être transmis en **format électronique uniquement** à l’adresse suivante :

ARS-GRANDEST-DQPI-QUALITE@ars.sante.fr