# Annexe 1 : Dossier de candidature type

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom de la structure du porteur :

Commune d’implantation :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Code APE :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Adresse de correspondance, si différente :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Capacité d’installation en hébergement permanent :

Capacité d’installation en hébergement temporaire :

Nombre de places en accueil de jour :

Capacité installée en unité protégée (unité Alzheimer) :

Dernier GMP validé et date de validation :

Dernier PMP validé et date de validation :

Date du dernier arrêté d’autorisation :

Date de la dernière convention tripartite / CPOM :

## IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

 **LES OBJECTIFS DU PROJET**

*Décrire notamment quelles sont vos motivations à réaliser ce projet*

**LES MODALITÉS D’INSCRIPTION DANS LE PROJET D’ÉTABLISSEMENT**

**LE DESCRIPTIF DU PROJET**

*Décrire les modalités d’accompagnement et de soins, les partenaires (ESMS, chirurgien-dentiste…), les moyens associés (humains et budgétaires)*

**LE PERSONNEL**

*Décrire l’organisation du personnel, nombre d’ETP, qualification et formations suivies ou prévues*

# Annexe 2 : Exemple de transmission entre l’établissement et le chirurgien-dentiste pratiquant le dépistage

ÉTABLISSEMENT

|  |
| --- |
|  |

CHIRURGIEN-DENTISTE EFFECTUANT L’EXAMEN

|  |
| --- |
|  |

NOM DU PATIENT

|  |
| --- |
|  |

PRÉNOM

|  |
| --- |
|  |

ÂGE

|  |
| --- |
|  |

PATHOLOGIES, ANTÉCÉDENTS

|  |
| --- |
|  |

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

|  |
| --- |
|  |

RÉGIME ALIMENTAIRE

🞎 Normal 🞎 Haché/Mouliné 🞎 Sondé

LE PATIENT EST-IL EN CAPACITÉ DE RÉPONDRE ?

🞎 Oui  🞎 Confus 🞎 Non

DERNIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE

|  |
| --- |
|  |

ÉTAT DENTAIRE

S = Saine
A = Absente non remplacée
C = Cariée
O = Obturée
R = Remplacée
Co = Couronnée
M = Mobilité pathologique
Abc = Abcès

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |  | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

PROTHÈSES AMOVIBLES

Maxillaire
🞎 Oui, portée 🞎 Oui, non portée 🞎 Non
🞎 Complète 🞎 Partielle

Mandibulaire
🞎 Oui, portée 🞎 Oui, non portée 🞎 Non
🞎 Complète 🞎 Partielle

HYGIÈNE

Brossage
🞎 Autonome 🞎 Aidé 🞎 Aucun

Hygiène orale
🞎 Bonne 🞎 Moyenne 🞎 Inexistante

Plaque Dentaire
🞎 Absence 🞎 Présence faible 🞎 Présence abondante

Tarte
🞎 Absence 🞎 Présence faible 🞎 Présence abondante

Gingivite
🞎 Oui 🞎 Non

Parodontite
🞎 Oui 🞎 Non

LANGUE
🞎 Normale 🞎 Sèche 🞎 Pathologique

MUQUEUSES
🞎 Normales 🞎 Pathologiques 🞎 Blessures d’appareillage

SALIVATION
🞎 Normale 🞎 Peu abondante 🞎 Absente

ORIENTATION
Besoin de soins

🞎 Oui 🞎 Non

Urgents
🞎 Oui 🞎 Non

🞎 En cabinet 🞎 En milieu hospitalier



Remarque(s)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** | **PRODUITS** | **MONTANT** |
| **Charges spécifiques à l'action** |  | **Autofinancement** |  |
|  Achats |  |  |  |
|  Prestations de services |  | **Subventions demandées**(A Préciser) |  |
|  Matières et fournitures |  |   |  |
|  |  |   |  |
| **Services Extérieurs** |  |  |  |
|  Locations |  |  |  |
|  Entretien |  |   |  |
|  Assurances |  |   |  |
|  |  |   |  |
| **Autres services extérieurs** |  |   |  |
|  Honoraires |  |   |  |
|  Publicité |  |   |  |
|  Déplacements, missions |  |   |  |
|  |  |   |  |
| **Charges de personnel** |  |   |  |
|  Salaires et charges |  |   |  |
|  |  |   |  |
| **Frais généraux** |  |   |  |
|  |  |  |  |
| **Autres charges** (A préciser)  |  | **Autres recettes** (A préciser) |  |
| Immobilisations incorporelles |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Coût total du projet** |  | **Total des recettes** |  |
| Emplois des contributions volontaires en nature |  | Contributions volontaires en nature *(mise à disposition du personnel)* |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature *(locaux, matériel, …)* |  |
| Personnel bénévole |  | Bénévolat |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

# Annexe 3 : Modèle budget prévisionnel