**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**RENFORCEMENT D’UNE EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE EXISTANTE**

**ETABLISSEMENT PORTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et coordonnées de l’établissement de santé | Etablissement :  Adresse postale :  N° FINESS : |
| Nom et coordonnées du directeur de l’établissement | Directeur :  Téléphone :  Adresse email : |
| Nom et qualité du responsable du projet | Nom :  Adresse email : |
| Nom du chef de pôle de gériatrie ou gériatre chef de service | Qualification :  Lieu(x) d’exercice |
| Nom du médecin développant l’activité | Qualification :  Formation, expérience :  Lieu(x) d’exercice :  Téléphone :  Mail : |

**Présentation des autorisations de l’établissement**

Structure porteuse d’une filière gériatrique (CSG, SSR gériatrique…) : OUI (à préciser) NON

1. **Zone d’implantation géographique et caractéristiques du territoire**

*Territoire d’intervention envisagé (dont nombre de PA 75 ans et plus, nombre d’EHPAD, nombre de résidents d’EHPAD, établissement porteur du projet de labellisation de la filière gériatrique).*

1. **Description du projet / fonctionnement de l’équipe mobile de gériatrie**

*Description de l’organisation de l’équipe, de son fonctionnement, des procédures prévues conformément au cahier des charges (modalités de saisine, organisation des relations avec le médecin traitant, modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour des prises en charge, formations spécifiques du personnel).*

1. **Partenariats effectifs et/ou envisagés**

*Description des partenaires au projet, coopérations effectives. Nombre d’EHPAD, DAC, équipes mobiles, établissements de santé, CPTS, MSP et autres partenaires associés au projet.*

***Mettre en évidence les modalités d’articulation avec les équipes mobiles de gériatrie présentes sur le territoire pour les zones limitrophes (procédures, conventions mises en place / programmées).***

1. **Modalités de communication prévues**
2. **Calendrier de mise en œuvre**
3. **Composition de l’équipe / financements associés**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges de personnels** | **ETP actuel** | **Coût** | **ETP projeté** | **Coût projeté** |
| Médecin gériatre |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Secrétariat |  |  |  |  |
| *Autres* |  |  |  |  |
| **Charges de fonctionnement \*** |  |  |  |  |
| D*étailler* |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |
| **Dotation actuelle** |  |  |  |  |
| **Dotation demandée** |  |  |  |  |

\*Représentant 15 % des charges de personnel

**Montant supplémentaire sollicité :**

**Les dossiers sont à transmettre pour le 13/11/2024 à l’adresse suivante :** [**ars-grandest-offre-sanitaire@ars.sante.fr**](mailto:ars-grandest-offre-sanitaire@ars.sante.fr)