**Appel à projets « Enjeux de la télésurveillance médicale dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en région Grand Est »**

|  |
| --- |
| **Dossier administratif :****Présentation et cadrage du projet** |

1. **Identification de la structure porteuse du projet**
2. Dénomination :

|  |
| --- |
|  |

1. Adresse complète :

|  |
| --- |
|  |

1. **Présentation de l’équipe projet**
2. Composition de l’équipe projet (Préciser les noms et professions) :

|  |
| --- |
|  |

1. Identification d’un responsable projet/référent (Préciser le nom, profession, et temps dédié au projet) :

|  |
| --- |
|  |

1. Composition de l’équipe de soins / qualifications associées / temps dédié au projet :

|  |
| --- |
|  |

1. Autres actions mises en place par la structure/équipe projet dans le cadre du parcours ciblé (PRADO, ETP, etc.) :

|  |
| --- |
|  |

1. **Identification du (des) bénéficiaire(s) du projet**
2. Territoire géographique ciblé :

|  |
| --- |
|  |

1. Pathologie(s) ciblée(s) :

|  |
| --- |
|  |

1. Patients ciblés :

|  |
| --- |
|  |

1. **Présentations des collaborations prévues dans le cadre de ce projet**
2. Collaborations prévues (avec des professionnels médicaux, professionnels du secteur médico-social, infirmiers de pratique avancée, associations de patients…) :

|  |
| --- |
|  |

1. Présence d’un contrat local de santé sur le territoire :

[ ]  Oui, précisez : [ ] Non

1. **Présentation synthétique du projet**

|  |
| --- |
| Etat des lieux initial / objectifs visés / action(s) prévue(s) / résultats attendus : |

|  |
| --- |
| **Dossier technique :****Sécurisation, fonctionnement et encadrement juridique** |

1. **Dispositif médical numérique utilisé**
2. Nom du dispositif médical numérique / accessoires éventuels et nom du fournisseur :

|  |
| --- |
|  |

1. Aspects réglementaires (RGPD / marquage CE / référentiel HAS / référentiel d’interopérabilité) :

|  |
| --- |
|  |

1. **Données de santé recueillies par le dispositif médical numérique**
2. Type de données collectées (Indiquer lesquelles sont les données essentielles listées par la HAS) :

|  |
| --- |
|  |

1. Modalités et format de recueil (format structuré et canal d’envoi sécurisé) :

|  |
| --- |
|  |

1. **Modalités de réception envisagées pour les alertes (PARCEO)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Modalités de surveillance de l’état de santé du patient**
2. Lecture/interprétation des données recueillies par le dispositif :

|  |
| --- |
|  |

1. Modalités de prise en charge en cas de détection de signes d’aggravation de l’état de santé des patients :

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Dossier projet****Détails du projet, modalités de financement et d’évaluation** |

1. **Projet**
2. Description détaillée du projet :

|  |
| --- |
| (Veiller à détailler l’état des lieux initial, les objectifs du projet, la population et le territoire ciblés, une description du dispositif médical numérique choisi, l’organisation du parcours de soins prévue, et les collaborations entre professionnels envisagées dans le cadre du projet) |
|  |

1. Résultats attendus :

|  |
| --- |
|  |

1. Calendrier de mise en œuvre :

**De (prévisionnel) : A (prévisionnel) :**

.. / .. / ….

.. / .. / ….

1. **Modalités d’évaluation du projet**

|  |
| --- |
| (Veiller à préciser les indicateurs de processus et de résultats) |

1. **Modalités de financement du projet**
2. Moyens matériels (achat/location des dispositifs médicaux numériques et des accessoires…), coût(s) en € (joindre les devis justificatifs) :

|  |
| --- |
|  |

1. Moyens humains (formation des équipes, temps soignant pour l’analyse des données…), coût(s) en € (joindre les devis justificatifs) :

|  |
| --- |
|  |

1. Autres dépenses, coût(s) en € (joindre les devis justificatifs) :

|  |
| --- |
|  |

1. Autofinancement / cofinancements (détailler) :

|  |
| --- |
|  |

1. Budget total :

€

**Budget total du projet :**

€

**Part d’autofinancement/co-financement :**

€

**Montant total sollicité**(50 000 euros maximum) **:**

|  |
| --- |
| **Observations et/ou pièces complémentaires utiles pour l’instruction du dossier** |

|  |
| --- |
|  |