|  |  |
| --- | --- |
|  | 26 octobre 2020 |

**Fiche à transmettre à** **ars-grandest-ae-covid@ars.sante.fr** **et à la Délégation Territoriale**

**FICHE 1**

**Autorisation exceptionnelle de réanimation**

**Cas 1**

L’établissement a **déjà** obtenu une autorisation exceptionnelle de réanimation lors de l’état d’urgence sanitaire du 23 mars 2020 au 10 juillet 2020

**Demandeur**: Nom/raison sociale /site

Organisation de la filière territoriale : Modalités d’organisation avec l’établissement de référence de la zone d’implantation et dans le cadre de la stratégie de territoire (filière patients, lien avec le SMIT, le service de réanimation, les soins palliatifs, cellule de soutien psychologique pour les soignants)

 Je soussigné, M (me) …, Directeur …., m’engage concernant :

* la réalisation et le maintien des conditions d’implantation de l’activité de soins ainsi que le respect des conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L.6123-1 et L.6124-1,
* à respecter les effectifs et la qualification des personnels,
* à respecter et maintenir les conditions de fonctionnement de réanimation pendant la durée de validité de l’autorisation (autorisation de 6 mois, renouvelable) fixées lors de la mise en œuvre de l’autorisation exceptionnelle accordée précédemment.
* à assurer pour les patients COVID + les soins, équipements et ressources spécifiques (pousse seringue, dispositif de décubitus ventral ou tout type de matériel nécessaire au patient ) et à adapter la capacité de l’unité de réanimation aux moyens nécessaires

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature

**Interlocuteur à contacter pour informations complémentaires :**

⮱ Capacité de réanimation envisagée

⮱ Population envisagée : patients COVID/ patients non COVID et profil à préciser

⮱ Description des locaux dans lesquels l’unité serait installée:

**Cas 2**

C’est la **1ere demande d’autorisation exceptionnelle de réanimation** de l’établissement

**Demandeur**: Nom/raison sociale /site

Organisation de la filière territoriale : Modalités d’organisation avec l’établissement de référence de la zone d’implantation et dans le cadre de la stratégie de territoire (filière patients, lien avec le SMIT, le service de réanimation, les soins palliatifs, cellule de soutien psychologique pour les soignants)

 Je soussigné, M (me) …, Directeur …., m’engage concernant :

* la réalisation et le maintien des conditions d’implantation de l’activité de soins ainsi que le respect des conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L.6123-1 et L.6124-1,
* à respecter les effectifs et la qualification des personnels,
* à respecter et maintenir les conditions de fonctionnement de réanimation pendant la durée de validité de l’autorisation (autorisation de 6 mois, renouvelable)

 • à assurer pour les patients COVID + les soins, équipements et ressources spécifiques ( pousse seringue, dispositif de décubitus ventral ou tout type de matériel nécessaire au patient ) et à adapter la capacité de l’unité de réanimation aux moyens nécessaires

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature

**Interlocuteur à contacter pour informations complémentaires :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacité de réanimation envisagée** |  |
| **Population envisagée** | ❒ patients COVID❒ patients Non COVID |
| **Profil envisagé si patients non Covid** |  |
| **Date à laquelle l’unité est opérationnelle** |  |

|  |
| --- |
| **Description des locaux** dans lesquels l’unité serait installée  |
| **Unité existante**  | ❒Non❒Oui : préciser |
| **Unité de réanimation fermée à accès contrôlé avec moyens propres (Salle de soins notamment)**  | ❒Non❒Oui : préciser |
| **Nombre de chambres individuelles** |  |

|  |
| --- |
| **Equipements :**  |
| **Existence d’un dispositif de gestion de la pression d’air (Pression négative**) | ❒Non❒Oui : décrire |
| **Fluides, dont oxygène****Et** **Modalités d’accès :** | ❒Non❒Oui : préciserDistribution générale  ❒Non  ❒Oui : décrireBouteilles O2…❒Non ❒Oui : décrireAutre  ❒Non  ❒Oui : décrire |
| **Nombre de chambres individuelles** |  |
| **Respirateurs** | Nombre par type :Respirateurs lourds de réanimation Poste d’anesthésieAutre :*Joindre liste*  |
| **Autres équipements de suppléance**  | à listerHémodynamiqueRénaleAutre |

**⮱ Si prise en charge de patients COVID :** leur prise en charge impose un niveau en équipement conséquent (notamment pousses-seringues, thermomètres etc) ; en sollicitant une autorisation exceptionnelle, l’établissement a conscience de ces besoins et s’engage à dimensionner son capacitaire en regard aux moyens matériels qu’il pourra affecter à cette activité.

❒ Oui  ❒Non

|  |
| --- |
| **Environnement de l’établissement**  |
| Service d’Urgences  | ❒Oui : ❒Non |
| Imagerie sur site dont scanner  | ❒Oui : ❒Non |

|  |
| --- |
| **Personnels** |
| **Médicaux :** |
| Nombre |  |
| ETP |  |
| Médecins affectés : Pour chacun (ou joindre liste) | Qualification ordinale  | Expérience en réanimation |
| **Organisation de la présence médicale** |
| Journée | préciser |
| Nuit  | préciser |
| Week-End | préciser |
| **IDE (**joindreplanning cible de présence) |
| Nombre |  |
| ETP |  |
| Ratio IDE / patients  |  |  |
| Pour chacun(e) (ou joindre liste)Service d’origine (BO, SSPI…) | Qualifications | Expérience en réanimation |
| **AS (**joindreplanning cible de présence) |
| Nombre |  |
| ETP |  |

**⮱ Si prise en charge de patients COVID :** pour tous formation aux règles d’hygiène et de protection

❒ Oui  ❒Non