**Fiche à transmettre à** [**ars-grandest-ae-covid@ars.sante.fr**](mailto:ars-grandest-ae-covid@ars.sante.fr) **et à la Délégation Territoriale**

**FICHE 2**

**Autorisation exceptionnelle de médecine**

**Cas 1**

L’établissement a **déjà** obtenu une autorisation exceptionnelle de médecine 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 médecine 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.

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

Signature

**Interlocuteur à contacter pour informations complémentaires :**

⮱ Capacité de médecine 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 médecine** 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 médecine pendant la durée de validité de l’autorisation (autorisation de 6 mois, renouvelable)

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

Signature

**Interlocuteur à contacter pour informations complémentaires :**

⮱ Capacité de médecine envisagée

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

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

⮚ **Organisation architecturale : transmission des plans**

* Dans une unité existante ? oui/non
* Unité dédiée oui/non
* Nombre de chambres individuelles

⮚ **Equipements :**

* Existence d’un dispositif de gestion de la pression d’air (Pression négative) oui/non
* Fluides, dont oxygène : modalités d’accès (distribution générale, bouteilles O2…)
* Chariot d’urgence

**⮱ 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

* Modalités d’accès aux traitements médicamenteux (antiviraux…)
* Avis de l’EOH (avis formalisé à transmettre)

⮱ Environnement de l’établissement :

* Modalités d’accès au Service des Urgences
* Modalités d’accès à l’imagerie dont scanner
* Modalités d’accès à un service de réanimation

⮚ Personnel médical :

⯎ Nombre, ETP, et qualification des médecins affectés ; joindre liste

⯎ Modalité d’organisation de la présence médicale : en journée, la nuit et le WE

⮚ Personnel paramédical :

* IDE :

⯎ Nb et ETP IDE

⯎ Planning cible de présence en journée, la nuit et le WE

* AS :

⯎ Nb et ETP AS

⯎ Planning cible de présence en journée, la nuit et le WE

* ASH :

⯎ Nb et ETP ASH

⯎ Planning cible de présence en journée, la nuit et le WE

**Pour tous, si profil COVID** :

⯎ Formation aux règles d’hygiène et de protection des personnels

⯎ Pour les ASH : formation au nettoyage spécifique

⮱ **Date à laquelle l’unité est opérationnelle**