

****

**Direction des coopérations territoriales et de la performance**

**Direction adjointe de l’hospitalisation et de l’autonomie**

**Pôle autorisations et appels à projets**

**DOSSIER TYPE SIMPLIFIE D’EVALUATION EN VUE D’UN RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

**CHIRURGIE AMBULATOIRE**

**Campagne 2020**

**Liste des informations à fournir**

Le renouvellement d’une autorisation s’opère par le biais du dépôt d’un dossier d’évaluation 14 mois minimum avant l’échéance de cette autorisation (art. L6122-10 du code de la santé publique).

Un nombre important d’autorisations de chirurgie doivent faire l’objet d’un renouvellement en 2020, dans un contexte où, la même année, cette activité devrait faire l’objet d’une réforme. Elle va imposer une révision du PRS et, derrière, une remise à plat de toutes les autorisations.

Au regard de ces éléments, un dossier d’évaluation simplifié vous est proposé.

Il doit être adressé en un exemplaire papier à la Délégation départementale dont relève l’activité et adressé sous format électronique à ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr

## I – Données administratives :

Entité juridique : dénomination et coordonnées

Représentant légal : identité

N° d’immatriculation FINESS

Adresse d’implantation de l’activité si différente de celle de l’entité juridique

Personne(s) responsable(s) du dossier : nom(s) – fonctions – coordonnées téléphoniques et électroniques

**II – Organisation et fonctionnement :**

Activité :

* Nombre de venues /an :

|  |  |
| --- | --- |
| N-2 | N-1 |
|  |  |

Locaux :

* Jours et horaires d’ouverture de l’unité
* Nombre de places de l’unité
* Situation de l’unité : *bâtiment – étage*
* L’unité est-elle individualisée ? Est-elle facilement identifiable ?
* Les locaux sont-ils réservés à l’activité chirurgicale ou partagée avec une autre activité (si oui laquelle) ?
* Sont-ils accessibles aux personnes à mobilité réduite ?
* Présence d’une salle de repos ?
* L’accueil des personnes qui accompagnent les patients est-il prévu ?
* Salle de préparation des protocoles de soins à proximité des places installées ?
* Système d’appel avec centralisation ?
* Locaux affectés à la pré-désinfection des matériels
* Locaux affectés aux DASRI ?
* Hygiène/asepsie, stérilisation du matériel et élimination des déchets *(description des circuits)*

Bloc opératoire :

* Nombre de salles d’intervention :
* dont nombre de salles affectées à l’activité ambulatoire ?
* Nombre de postes en SSPI :

 Personnel :

* Médical : Nom et qualification du médecin coordonnateur

 Comment est assurée la présence du MAR ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Noms des chirurgiens intervenant sur l’activité ambulatoire | Spécialité | Statut | ETP dédiés à la chirurgie ambulatoire |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fonctionnement :

 - Consultation anesthésique préalable ?

 - Utilisez-vous un passeport ambulatoire ?

 - La mise en œuvre des protocoles de soins intègre-telle la prise en charge de la douleur ?

 - Réponse à l’urgence d’une complication pendant les heures d’ouverture :

 - Arrivée de fluides médicaux par place ?

- Accessibilité du chariot d’urgence ?

 - Modalités d’organisation de la sortie du patient :

Notamment :

- Chaque patient reçoit-il un bulletin de sortie avant son départ de la structure ?

- Ce bulletin :

- Est-il signé par l'un des médecins de la structure ?

- Mentionne-t-il l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention ?

- Indique-t-il : - les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur ?

 - les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins ?

 - Organisation de la continuité des soins ?

- Existence d’une charte de fonctionnement conforme au décret du 20 août 2012 ? Date de sa dernière réactualisation ?

- Le compte-rendu d’hospitalisation : délai d’adressage au médecin traitant ? Est-il envoyé par mail ?

- Comment est organisé l’accès au dossier médical du patient en dehors des heures d’ouverture de l’unité ?

**III – Objectifs :**

Quel est votre plan d’actions de développement de la chirurgie ambulatoire ? Ou en est son état de réalisation ?

**IV – Données d’évaluation :**

Quels sont vos indicateurs d’auto-évaluation se rapportant à la chirurgie ambulatoire ? Quels sont vos résultats au regard de ces indicateurs ?

## V – Engagements du demandeur :

Le demandeur s’engage à :

-respecter le volume d’activité ou de dépenses à la charge de l’Assurance maladie

- réaliser une évaluation

 Signature du responsable de la structure