**Demande d’action éducative ciblée personnalisée**

**D’Education Thérapeutique du Patient**

**ARS BRETAGNE**

**Juillet 2017**

**Le dossier de demande comprend :**

**➀ La présente demande**

**➁ L’annexe 1** : *une copie des documents attestant des compétences en éducation thérapeutique du patient précisant le nombre d’heures et le contenu de la formation*

**Le dossier de demande doit être adressé :**

**➀** **Par mail à l’adresse** : ars-bretagne-pps@ars.sante.fr

 **porteur de la demande action éducative ciblée personnalisée etp**

Nom/Raison sociale :

Adresse :

Statut juridique :

Nom, fonction et courriel du correspondant de la structure :

**L’équipe**

**Le ou les professionnel(s) porteur(s) d’une action éducative ciblée personnalisée ETP :**

Nom - Prénom :

Adresse professionnelle :

Fonction :

Organisme d’appartenance :

Courriel : Téléphone :

Formation spécifique à l’ETP (40h): 

*(La formation aux 40h ETP est obligatoire pour pouvoir réaliser des actions ciblées ETP)*

Nom - Prénom :

Adresse professionnelle :

Fonction :

Organisme d’appartenance :

Courriel : Téléphone :

Formation spécifique à l’ETP (40h): 

*(La formation aux 40h ETP est obligatoire pour pouvoir réaliser des actions ciblées ETP)*

**L’action éducative ciblée personnalisée etp**

* Intitulé :
* L’action ciblée d’ETP concerne le problème de santé suivant :

Une maladie chronique

*Préciser* :



*Préciser* :

* Quelle est l’estimation du nombre de bénéficiaires potentiels de l’action ciblée par an ?

* Quel est le territoire couvert (commune d’origine des patients) ?

* Au regard de l’offre d’ETP en Bretagne, comment l’action ciblée s’inscrit-elle sur le territoire (lien avec les programmes existants) ?

* Description détaillée de l’action ciblée ETP (*l’action ciblée ETP ne doit pas faire l’objet d’une codification à la nomenclature du professionnel)*:

*(Organisation, professionnels associés, supports éventuels, critère d’inclusion des patients, le cadre, déroulement et contenu de l’action ciblée, etc. ..)*

**L’évaluation de l’action éducative ciblée personnalisée etp**

* Décrire succinctement les modalités d’évaluation de l’action ciblée ETP :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature** du demandeur : |  |  |
| **Si le demandeur n’est pas une association :****Signature** de l’association ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme : |  | **Si le demandeur est une association :** **Signature** du responsable de l’équipe médicale ayant participé à la co-construction ou participant à la mise en œuvre du programme : |

**Annexe 1** : une copie des documents attestant des compétences en éducation thérapeutique du patient du professionnel précisant le nombre d’heures et le contenu de la formation