**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**(à compléter par le candidat)**

**Nom du référent du projet :**

*Fonction :*

*Courriel :*

*Téléphone :*

**1. PRESENTATION DE LA STRUCTURE REQUERANTE**

Nom : …………………………………….

Adresse : …………………………………….

CP - Ville : …………………………………….

N° FINESS juridique : …………………………………….

N° FINESS géographique : …………………………………….

Territoire de santé : …………………………………….

Type de structure :

□ établissement de santé

□ établissement médico-social

□ centre de santé

□ maison de santé pluriprofessionnelle

Statut de la structure :

□ public

□ privé à but non lucratif

□ privé à but lucratif

**2. DESCRIPTION GENERALE DU PROJET DE TELEMEDECINE**

|  |
| --- |
| **Contexte ayant conduit à la formulation de la candidature** |
| *Décrivez le contexte ayant conduit à votre candidature**Pourquoi ce projet de télémédecine ?**Indiquer si l’activité de télémédecine est déjà en place au sein de la structure : si oui depuis quand, avec combien de professionnels requis* |
| **Objectifs recherchés** |
| *Quels sont les objectifs de la mise en place de cette activité de télémédecine ?* |
| **Périmètre médical des activités de téléconsultations** |
| *Quelles sont les spécialités médicales qui vont être mobilisés pour réaliser les actes de téléconsultation ? Pour quelles pathologies ?* *Sur quel périmètre géographique ? indiquer si une mutualisation de ce projet avec d’autres parties prenantes est envisagée.*  |
| **Gouvernance et pilotage** |
| *Décrire brièvement la gouvernance prévue pour organiser le pilotage et le suivi du projet**Référent(s) en charge de la coordination du projet de télémédecine* |

**3. DEFINITION DES MODALITES DE REALISATION DES ACTES DE TELECONSULTATION**

|  |
| --- |
| **Prérequis au démarrage du projet** |
| *Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer cette activité de télémédecine (ex : formations médicales/paramédicales nécessaires, informatisation d’une unité, travaux, etc.)* |
| **Collaborations existantes et collaborations à développer** |
| *Toutes les structures concernées par le projet ont-elles été associées ? Reste-t-il des collaborations à mettre en place ? Les professionnels concernés sont-ils associés* à ce projet ? *(fournir en complément de cette fiche projet un courrier de la Direction de la/des structure(s) « requise » attestant son /leur partenariat dans le projet).* |
| **Organisation interne pour les téléconsultations** |
| *Décrivez brièvement l’organisation interne mise en place/prévue pour la réalisation des actes de téléconsultation :** + *Quels sont les professionnels intervenant (de la prescription de l’acte à la réalisation de la téléconsultation auprès du patient) ?*
	+ *Indiquer le lieu prévu pour la téléconsultation*
	+ *Comment est organisé le suivi des actes réalisés ?quels outils sont prévus ?quelle traçabilité ?*

*Des réorganisations, adaptations des organisations existantes devront-elles être menées pour réaliser cette activité de télémédecine ?* |
| **Contexte technique existant** |
| *Décrire brièvement l’existant technique :** *Situation de raccordement réseau (taille du lien, opérateur, type de lien)*
* *Niveau d’informatisation de la structure*
* *Stations de visioconférence dédiées à télémédecine*
* *Stations de visioconférence multi-usages*
* *Points spécifiques à prendre en compte*
 |
| **Calendrier envisagé** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité* |
| **Projections d’activité** |
| *Quelles sont vos projections d’activités ?**Indiquer le volume moyen d’actes / mois visés* |

**4. EVALUATION DU PROJET**

|  |
| --- |
| **Bénéfices identifiés et coûts évités** |
| *Amélioration des soins (coûts des PEC évités, soins plus adaptés, confort du patient)**Transports de patients évités**Optimisation de l’organisation, du temps des soignants**Amélioration des compétences* |
| **Indicateurs d’évaluation** |
| *Quels indicateurs serait-il pertinent de suivre pour évaluer la performance de l’activité de télémédecine qui sera déployée ?* *Par exemple :** *Nombre d’actes / Types d’actes*
* *Temps soignants*
* *Bénéfices cliniques*
* *Bénéfices organisationnels*
 |

**5. ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS**

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Investissements matériels nécessaires* *Ressources humaines nécessaires à l’animation et à la réalisation de la phase projet*  |
| **Coûts récurrents identifiés** |
| *Coûts d’exploitation des environnements techniques, abonnements, maintenance**Ressources humaines opérationnelles mobilisées pour la réalisation de l’activité de télémédecine**Ressources humaines nécessaires à la coordination et au management de l’activité de télémédecine* |
| **Financements** |
| *Comment sera utilisé le financement forfaitaire ?**Précisez au cas échéant les co-financements envisagés avec d’autres partenaires* |