

|  |
| --- |
| Appel à candidatures pour la mise en place d’un dispositif d’astreinte infirmière de nuit en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) »Dossier de candidature |

Caractéristiques du porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |  |
| Type d’établissement (EHPAD, CH,…) |  |
| Raison sociale et  |  |
| adresse complète |  |
| Nom et Prénom du Directeur ou de la Directrice |  |
| Nom et Prénom du ou de la responsable du projet |  |
| Mèl du ou de la responsable du projet |  |

Caractéristiques des établissements participants au dispositif (EHPAD porteurs aussi, s’il en bénéficie)

**EHPAD 1**

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |   |
| Raison sociale de l'établissement et adresse complète |   |
| Nombre de places d'hébergement permanent installées |   |
| PMP |   |
| Convention avec l'HAD de votre territoire  |  (oui/non) |
| Nombre d'intervention de l'HAD la nuit |   |
| Présence d’un DLU (Dossier de liaison d’urgences) |  (oui/non) |
| Nombre de passage aux urgences la nuit en 2017 |  |

**EHPAD 2**

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |   |
| Raison sociale de l'établissement et adresse complète |   |
| Nombre de places d'hébergement permanent installées |   |
| PMP |   |
| Convention avec l'HAD de votre territoire  |  (oui/non) |
| Nombre d'intervention de l'HAD la nuit |   |
| Présence d’un DLU (Dossier de liaison d’urgences) |  (oui/non) |
| Nombre de passage aux urgences évitables la nuit en 2017 |  |

**EHPAD 3**

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |   |
| Raison sociale de l'établissement et adresse complète |   |
| Nombre de places d'hébergement permanent installées |   |
| PMP |   |
| Convention avec l'HAD de votre territoire  |  (oui/non) |
| Nombre d'intervention de l'HAD la nuit |   |
| Présence d’un DLU (Dossier de liaison d’urgences) |  (oui/non) |
| Nombre de passage aux urgences évitables la nuit en 2017 |  |

**EHPAD 4**

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |   |
| Raison sociale de l'établissement et adresse complète |   |
| Nombre de places d'hébergement permanent installées |   |
| PMP |   |
| Convention avec l'HAD de votre territoire  |  (oui/non) |
| Nombre d'intervention de l'HAD la nuit |   |
| Présence d’un DLU (Dossier de liaison d’urgences) |  (oui/non) |
| Nombre de passage aux urgences évitables la nuit en 2017 |  |

**EHPAD 5**

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS géographique |   |
| Raison sociale de l'établissement et adresse complète |   |
| Nombre de places d'hébergement permanent installées |   |
| PMP |   |
| Convention avec l'HAD de votre territoire  |  (oui/non) |
| Nombre d'intervention de l'HAD la nuit |   |
| Présence d’un DLU (Dossier de liaison d’urgences) |  (oui/non) |
| Nombre de passage aux urgences évitables la nuit en 2017 |  |

**(A répéter autant de fois que de besoin)**

OPPORTUNITE DU PROJET

**Objectifs et opportunité du projet**

*Présenter votre demande et démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels le projet « astreinte IDE de nuit en EHPAD » a vocation à répondre (caractéristiques de la population accueillies au sein des EHPAD, estimation du besoin via le nombre d’urgences la nuit évitables dans les EHPAD du projet, estimation du nombre d’IDE volontaire en cas d’astreinte à domicile, description formels de la coopération existantes et futures entre le porteur et les EHPAD,...)*

*Préciser comment le projet s’inscrit dans le projet d’établissement des EHPAD et les modalités d’utilisation et de mise à jour des DLU*

CARACTERISTIQUES DU PROJET

**Organisation**

*Présenter le type d’organisation choisi (astreinte avec IDE des EHPAD volontaires, astreinte pour les autres EHPAD,…) et comment la mettre en œuvre (combien d’IDE sur le projet, quelle couverture horaire et calendaire,…)*

*Préciser l’organisation du projet (gestion des plannings, du matériel, de la gestion RH, transmissions, …)*

**Suivi du dispositif**

*Préciser l’organisation du suivi du projet et comment le réussir (organisation de COPIL, de CREX, de visite dans les EHPAD, de la communication,…)*

|  |
| --- |
|  |

**Documents annexes**

Merci de joindre à votre candidature :

* les conventions de partenariats signés,
* le budget prévisionnel en année pleine,
* le rétro planning détaillée de la mise en œuvre du dispositif.