**RECUEIL DES BESOINS CONCERNANT L’UTILISATION DE L’OUTIL REGIONAL GWALENN**

|  |
| --- |
| **Informations sur la structure** |
| Nom du dispositif (CLIC, PTA, réseau de santé, …) |  |
| Adresse (mail et postale) |  |
| Porteur (coordonnées, fonction) |  |
| Territoire couvert (région, territoire de démocratie en santé, territoire de GHT, Département, infra-départemental, Pays, …) – Indiquer son nom usuel |  |
| Nombre de personnes composant l’équipe du dispositif  |  |

|  |
| --- |
| **Informations sur le référent** **(interlocuteur privilégié ARS et GCS concernant GWALENN)** |
| Nom du référent  |  |
| Fonction |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| **Informations sur vos outils existants** |
| Avez-vous actuellement un outil métier ?Si oui lequel ? | 🞏Oui🞏 Non |
| Nombre de dossiers de la file active | 🞏< 100🞏 entre 100 et 300🞏 entre 300 et 500🞏 > 500 |
| Nombre de dossiers archivés | 🞏 < 100🞏 entre 100 et 300🞏 entre 300 et 500🞏 > 500 |

|  |
| --- |
| **Utilisation de l’outil GWALENN** |
| Souhaitez-vous utiliser GWALENN ? |  |
| Nombre d’utilisateurs potentiels au sein du dispositif de coordination |  |
| A partir de quand souhaitez-vous utiliser GWALENN ? |  |
| Etes-vous déjà adhérent au GCS e-Santé Bretagne ? | 🞏 Oui🞏 Non |
| Votre motivation à utiliser GWALENN en quelques lignes (quelles fonctionnalités vous intéresse, quelles informations avez-vous besoin de partager ou d’échanger et avec quels acteurs ?) |  |