

**Direction de la Stratégie Régionale en Santé**

**Direction adjointe de l’offre ambulatoire**

**Pôle Organisation de soins de proximité**

## MISE EN ŒUVRE D’UN SYSTEME D’INFORMATION PARTAGE AU SEIN DES MAISONS DE SANTE

**DOSSIER DE CANDIDATURE – Date limite d’envoi : 20 décembre 2019**

**1°- Coordonnées de la structure :**

Nom de la maison de santé : ………………………………………………….

Adresse :……………………………………………………………………………………………….

Commune :……………………………………………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**2°- Responsable / coordinateur de la maison de santé**

Nom :…………………………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………….

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**3°- Nature de la demande :**

Descriptif rapide du projet envisagé : …..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre de professionnels concernés par l’acquisition du logiciel retenu *(Cf. tableau en annexe 1) :*

Calendrier envisagé de mise en œuvre : ……………………………………………………………

Logiciel(s) médical(aux) actuellement utilisé(s) :…………………………………..

Futur logiciel partagé pré-choisi : Oui € Non €

Si oui :

* Précisez le nom du logiciel (voir liste en annexe 2) : ………………………………
* Des contacts avec l’éditeur du logiciel ont-ils déjà été pris ? Oui € Non €

Montant total de l’investissement si déjà connu :

Une adhésion à l’Accord Conventionnel Interprofessionnel applicable aux structures de santé pluri-professionnelles est-elle envisagée au cours de l’année : Oui € Non €

**4°- Liste des professionnels amenés à utiliser le SIP**

Cf. tableau en annexe 1

**5°- Equipe projet interne à la maison de santé**

* **Identité du référent « Système d’information partagé »**

Nom :…………………………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………….

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

***N.B.*** Il est conseillé de désigner une personne à l’aise avec l’informatique et en mesure d’avoir une disponibilité suffisante pour assurer le suivi et la coordination de la mise en œuvre du projet au niveau de la maison de santé.

* **Composition de l’équipe projet**

Une équipe projet sur le SIP a-t-elle été mise en place au sein de la maison de santé ou est-elle en cours de constitution : Oui  Non 

***N.B.*** Dans la mesure du possible, l’équipe projet doit être composée d’un représentant de chaque profession de santé exerçant au sein de la maison de santé.

Date : Signature :

**Annexe 1 - Liste des professionnels de santé amenés à utiliser le SIP**

| **Nom** | **Prénom** | **Profession** | **Adresse** | **Commune** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Annexe 2 – Liste des logiciels labellisés par l’ASIP**

La liste est disponible sur le site de l’ASIP : <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante/solutions-labellisees>

**16 logiciels labellisés au 31/10/2019 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’éditeur** | **Nom du logiciel** |
| **AATLANTIDE** | **ACTEUR CS.FR** |
| **Association ALMA** | **ALMA PRO** |
| **CALIMAPS** | **DR Santé** |
| **OpenXtrem** | **Tamm** |
| **CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX** | **Crossway / JFSE** |
| **CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX** | **monLogiciel Medical.com** |
| **COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS** | **AxiSanté MSP** |
| **ICT** | **Chorus** |
| **ICT** | **Mon Premier Chorus** |
| **IMAGINE EDITIONS** | **Hellodoc** |
| **MAIDIS** | **Maidis – Amies** |
| **MEDASSIST SAS** | **HYPERMED** |
| **MEDIMUST** | **Médimust** |
| **SILK Informatique** | **éO** |
| **WEDA** | **Weda** |
| **PROKOV** | **Médistory** |