

****

**Direction des coopérations territoriales**

 **et de la performance**

**Direction adjointe de l’hospitalisation et de l’autonomie**

**Pôle autorisations / appel à projets**

**AUTORISATIONS DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)**

**Dossier simplifié d’évaluation en vue de renouvellement**

La plupart des établissements bretons sont concernés par l’échéance d’une ou plusieurs de ses autorisations de SSR au 1er juillet 2020.

La réglementation en vigueur prévoit que ce renouvellement s’opère par le biais du dépôt d’un dossier d’évaluation 14 mois minimum avant l’échéance de cette ou ces autorisation(s) (art. L6122-10 du code de la santé publique), soit en l’occurrence avant le 31 mai 2019.

Comme vous le savez une réforme des autorisations est en cours et devrait rénover les conditions d’implantations et techniques applicables à l’activité de SSR. Ces évolutions réglementaires devraient entrainer une révision du PRS, suivie d’une remise à plat des autorisations.

Dans l’attente, il convient de sécuriser la validité des autorisations actives.

Aussi un support type particulièrement allégé vous est proposé, centré sur des points sur lesquels tous les établissements bretons ne sont pas forcément au même niveau.

Il sera complété par une analyse de vos activités au travers des données d PMSI dont dispose l’ARS.

Le dossier constitué doit être adressé/déposé **en 1 exemplaire papier à la Délégation territoriale dont relève l’activité et adressé sous format électronique à** **ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr**

Vous devrez remplir chacune des fiches techniques ci-après pour les activités mises en œuvre pour lesquelles votre établissement est autorisé.

Pour les activités de SSR spécialisés portant sur des enfants/adolescents, les deux fiches (une de spécialité et celle relative aux enfants/adolescents) devront être renseignées.

 **FICHE ÉTABLISSEMENT**

**AUTEUR DE LA DEMANDE** Nom de l’entité juridique titulaire de l’autorisation

 Adresse

 N° FINESS

 Représentant légal

 Adresse E-mail de la personne à contacter en cas de questions sur ce dossier

**AUTORISATIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADULTES** | **ENFANTS / ADOLESCENTS** |
|  | **HC** | **Nbre de lits installés** | **HJ** | **Nbre de places installées** | **HC** | **Nbre de lits installés** | **HJ** | **Nbre de places installées** |
| **SSR non spécialisés** |
|  | O |  | O |  | O |  | O |  |
| **SSR spécialisés pour la prise en charge des affections :** |
|  | O |  | O |  | O |  | O |  |
| - de l’appareil locomoteur | O |  | O |  | O |  | O |  |
| -du système nerveux | O |  | O |  | O |  | O |  |
| -respiratoires | O |  | O |  | O |  | O |  |
| - cardio-vasculaires | O |  | O |  | O |  | O |  |
| -du système digestif, métabolique et endocrinien | O |  | O |  | O |  | O |  |
| - onco-hématologiques | O |  | O |  | O |  | O |  |
| - des brûlés | O |  | O |  | O |  | O |  |
| - liées aux conduites addictives | O |  | O |  |  |  |  |  |
| - des personnes âgées polypathologiques, dépendantes  | O |  | O |  |  |  |  |  |

Eventuels projets ou modifications envisagés, pour les 7 ans à venir

**RENOUVELLEMENT DES ENGAGEMENTS PREVUS A L’ARTICLE L.6122-5**

Le demandeur s’engage à :

* Maintenir les conditions d’implantation des activités de soins et les conditions techniques de fonctionnement
* Respecter les effectifs et la qualification des personnels prévus dans la demande
* Respecter le montant des dépenses d’assurance-maladie et le volume d’activité conformément aux IPA territoriaux
* Mettre en œuvre une évaluation des autorisations

**Fiche technique SSR polyvalent**

1. **Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique). *Si l’activité est exercée sur plusieurs sites géographiques, remplir une fiche par site.*

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

* Dont nombre de lits identifiés soins palliatifs |\_\_|\_\_|\_\_|
* Dont nombre de lits dédiés aux EVC |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

1. **Les personnels affectes a l’ACTIVITE de ssr polyvalents**
	1. **Personnels médicaux :**

*Art D.6124-177.2* Préciser le nom du médecin coordonnateur et sa qualification.

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP dans le service en distinguant l’hospitalisation à temps complet et partiel.

* 1. **Personnels non médicaux :**

*Art D.6124-177.1*

Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque forme (temps complet / temps partiel) : nombre et ETP.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

1. **ORGANISATION de la continuité des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

1. **POSITIONNEMENT DANS LA FILIERE DE SOINS**
	1. Part des admissions directes depuis le domicile (EHPAD compris)
	2. Participation de l’établissement aux groupes de travail du territoire : groupements hospitaliers de territoires (filières concernées), projet départemental de santé mentale, participation à la filière AVC, filières gériatriques, …
	3. Comment la continuité des soins est-elle assurée en sortie du séjour ?

**Fiche technique ENFANT ET ADOLESCENT**

1. **Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique). *Si l’activité est exercée sur plusieurs sites géographiques, remplir une fiche par site.*

Nom

Adresse

N°FINESS

Date de l’autorisation

Nom du service de prise en charge

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

1. **PERSONNELS affectes a l’ACTIVITE de ssr pEDIATRIQUES**

**2.1 Personnels médicaux**

Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

* S'il n'est pas pédiatre, justification d'une expérience attestée dans la prise en charge de l'enfant.

 Oui 🞎 Non 🞎

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en distinguant l’hospitalisation à temps complet et partiel.

* 1. **Personnels non médicaux :** pour chaque forme **(**hospitalisation à temps complet et partiel) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur de jeunes enfants,  |  |  |  |
| Educateur spécialisé |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

1. **ORGANISATION de la continuité des soins**

3 – 1 Continuité des soins (art D 6124-177.4) :

Est-elle assurée dans des conditions permettant l’intervention d’un médecin qualifié spécialiste en pédiatrie ou d’un médecin justifiant une formation ou une expérience attestées dans la prise en charge des enfants ?

**Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique A : conditions particulières à la prise en charge des affections de l’appareil locomoteur**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS du site

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr LOCOMOTEURS**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-17 -Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur- S’il n’est pas MPR, préciser sa formation attestée dans cette spécialité

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP

* 1. **Personnels non médicaux**

 *Art. D. 6124-177.1, D. 6124-177-18 et Art. D. 6124-177*

Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque spécialisation et chaque forme (hospitalisation à temps complet ou partiel) : nombre et ETP :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III . ORGANISATION de la continuite des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique B : conditions particulières à la prise en charge des affections du système nerveux**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr NEUROLOGIQUES**

* 1. **Personnels médicaux**

*« Art. D. 6124-177-21* Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur - En cas d’absence de neurologue ou de MPR dans le service, préciser les conditions d’accès à ces 2 spécialisations

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en éclatant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

**2.2 Personnels non médicaux**

*« Art. D. 6124-177-22 et 24 -* Préciser les effectifs non médicaux (nombre et ETP) dans le service pour chaque forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique C : conditions particulières à la prise en charge des affections cardio-vasculaires**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr CARDIO-VASCULAIRES**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-27 *-* Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

S’il n’est pas cardiologue :

* expérience en cardiologie Oui 🞎 Non 🞎
* préciser le mode d’accès à un cardiologue

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP, en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

Identifier :

- les temps médicaux mis à disposition à l’exterieur de l’établissement et non comptabilisés dans les ETP.

- de même, ceux qui proviennent de personnels médicaux mis à disposition par une autre structure et figurant dans les ETP.

* 1. **Personnels non médicaux**

Art. D. 6124-177-28 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuité des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**IV.POSITIONNEMENT DANS LA FILIERE DE SOINS**

* 1. Part des admissions directes depuis le domicile (EHPAD compris)
	2. Participation de l’établissement aux groupes de travail du territoire : groupements hospitaliers de territoires (filières concernées), projet départemental de santé mentale, participation à la filière AVC, filières gériatriques, …
	3. Comment la continuité des soins est-elle assurée en sortie du séjour ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique D : conditions particulières à la prise en charge des affections respiratoires**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr RESPIRATOIRES**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-32 *-* Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

S’il n’est pas pneumologue :

* expérience attestée de pneumologie Oui 🞎 Non 🞎
* préciser les conditions d’accès à un pneumologue

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP, en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel) .

Identifier :

- les temps médicaux mis à disposition à l’exterieur de l’établissement et non comptabilisés dans les ETP.

- de même, ceux qui proviennent de personnels médicaux mis à disposition par une autre structure et figurant dans les ETP.

**2.2 Personnels non médicaux**

 Art. D. 6124-177-33 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Tabacologue |  |  |  |
| Algologue |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique E : conditions particulières à la prise en charge des affections**

**du système digestif, métabolique et endocrinien**

1. **Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr DIGESTIFS METABOLIQUES ET ENDOCRINIENS**

**2.1 Personnels médicaux**

 Art. D. 6124-177-Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en éclatant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

Préciser les modalités d’accès des patients à un endocrinologue ou à un gastro-entérologue si non présents dans le service.

Identifier, les temps médicaux mis à disposition à l’extérieur de l’établissement et non comptabilisés dans les ETP.

De même, ceux qui proviennent de personnels médicaux mis à disposition par une autre structure et figurant dans les ETP.

* 1. **Personnels non médicaux**

 Art. D. 6124-177-38 **-** Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque spécialisation : nombre et ETP, en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique F : conditions particulières à la prise en charge des affections onco-hématologiques**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr ONCO-HEMATOLOGIQUES**

**2.1 Personnels médicaux**

Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

Identifier, les temps médicaux mis à disposition à l’exterieur de l’établissement et non comptabilisés dans les ETP.

De même, ceux qui proviennent de personnels médicaux mis à disposition par une autre structure et figurant dans les ETP.

* 1. **Personnels non médicaux**

Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque spécialisation : nombre et ETP en éclatant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Garde ou astreinte médicale par un praticien de l’établissement : oui / non

Si non, comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Accès à un avis hématologue le week-end et jours fériés ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique G : conditions particulières à la prise en charge des affections des brûlés**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr BRULES**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-41**-** Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en éclatant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

**2.2 Personnels non médicaux**

Art. D. 6124-177*-* 4 Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque spécialisation : nombre et ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Garde ou astreinte médicale par un praticien de l’établissement : oui / non

Si non, comment est assurée la continuité médicale des soins ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche I - Prise en charge des affections liées aux conduites addictives en SSR**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr ADDICTOLOGIE**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-45

Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

* Formation ou expérience attestées en addictologie Oui 🞎 Non 🞎

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

Identifier, les temps médicaux mis à disposition à l’extérieur de l’établissement et non comptabilisés dans les ETP.

De même, ceux qui proviennent de personnels médicaux mis à disposition par une autre structure et figurant dans les ETP.

Préciser les modalités de recours à un avis psychiatrique

* 1. **Personnels non médicaux**

 Art. D. 6124-177-46 et 47

Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque qualification : nombre et ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

garde ou astreinte médicale par un praticien de l’établissement : oui / non

présence d’au moins un IDE 24h/24

**V. POSITIONNEMENT DANS LA FILIERE DE SOINS**

Votre établissement est-il membre ou partenaire d’un groupement hospitalier de territoire ?

Participe-t-il à la filière addictologie du territoirre ? (liens avce les CSAPA, ELSA etc..)

Part des admissions directes depuis le domicile

Participation de l’établissement aux groupes de travail du territoire : groupements hospitaliers de territoires (filières concernées), projet départemental de santé mentale, participation à la filière AVC, filières gériatriques, …

Comment la continuité des soins est-elle assurée en sortie du séjour ?

**DOSSIER PROMOTEUR – Fiches techniques Prise en charge en SSR Specialise**

**Fiche technique H : conditions particulières à la prise en charge**

 **des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à haut risque de dépendance (PAPD)**

**I. Dossier administratif**

**Site géographique** (si différent de celui de l’entité juridique)

Nom

Adresse

N°FINESS

Nom du service de prise en charge

Date de l’autorisation

Nombre de lits installés |\_\_|\_\_|\_\_|

Dont nombre de lits de soins palliatifs |\_\_|\_\_|\_\_|

Nombre de places installées |\_\_|\_\_|\_\_|

**II. Les personnels AFFECTES A L’ACTIVITE DE ssr papd**

**2.1 Personnels médicaux**

Art. D. 6124-177-49Préciser le nom et la qualification du médecin coordonnateur

Fournir la liste de tous les praticiens intervenants dans le service : préciser pour chaque praticien sa qualification et son temps de présence en ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

* 1. **Personnels non médicaux**

Art. D. 6124-177-50 et 51

Préciser les effectifs non médicaux dans le service pour chaque spécialisation : nombre et ETP en distinguant, s’il y a lieu, selon la forme (hospitalisation à temps complet ou partiel)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP dédiés en HC** | **ETP dédiés en HJ** |
| Cadre infirmier |  |  |  |
| Infirmier  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |
| Moniteur d’activité physique |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |  |

**III. ORGANISATION de la continuite des soins**

Comment est assurée la continuité médicale des soins ?

Une présence de masseur-kinésithérapeute est-elle assurée les week-end et jours fériés ?

**V. INSCRIPTION DANS LA FILIERE GERIATRIQUE**

* Participez-vous aux réunions rassemblant les établissements sanitaires et médico-sociaux de votre territoire, en vue d’améliorer la lisibilité des parcours de soins des personnes âgées ?
* Participez-vous au groupe de travail spécifique « personnes âgées » du GHT le cas échéant ?