

**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 : 14 décembre 2018**

**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) :………………………………………..

Editeur du futur logiciel partagé pré-choisi : Oui € Non €

Si oui :

* Précisez (voir liste en annexe 2) : …………………………………………………………
* Des contacts avec l’éditeur 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**

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 :……………………………………………………………………………………………………

**Rmq.** 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 de la mise en œuvre du projet.

* **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 

Date : Signature :

**Annexe 1 - Liste des professionnels de santé**

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

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

La liste est disponible sur le site de l’ASIP : [**http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees**](http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees)

**Logiciels labellisés au 26/09/2018 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’éditeur** | **Nom du logiciel** |
| **AATLANTIDE** | **ACTEUR CS.FR** |
| **CALIMAPS** | **DR Santé** |
| **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** |