



Dossier des structures partenaires :

Remplir ci-dessous la partie correspondante à la structure (regroupement d’établissements et services, établissement médico-social ou service médico-social)

**Chaque représentant légal de la structure partenaire doit apposer sa signature dans la case correspondante**

ETABLISSEMENT DE SANTE (hors établissements porteurs et référents)

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse** |  |
| **Adresse mail du représentant légal** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Médecin référent** | Nom :Qualification :Mail : |
| **Cadre de santé (si présent)** | Nom :Mail : |
| **Commentaires éventuels** |  |
| **Signature du représentant légal** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Autorisé**OUI/NON | **Installé**OUI/NON | **Capacité** |
|  | **Lits** | **Places** |
| Médecine en hospitalisation complète  |  |  |  |  |
| * Court séjour gériatrique
 |  |  |  |  |
| Médecine en hospitalisation à temps partiel |  |  |  |  |
| * Hôpital de jour gériatrique
 |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
| Chirurgie en hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Chirurgie ambulatoire |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de jour |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de nuit |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Placement familial thérapeutique |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Appartements thérapeutiques |  |  |  |  |
| réanimation – adulte  |  |  |  |  |
| médecine d’urgence |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités  |
| Traitement du cancer – Radiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chimiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chirurgie |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |
| **SSR ADULTES** |
| SSR – Non spécialisés |  |  |  |  |
| SSR – Affections de l’appareil locomoteur |  |  |  |  |
| SSR – Affections du système nerveux |  |  |  |  |
| SSR – Affections cardio-vasculaires |  |  |  |  |
| SSR – Affections respiratoires |  |  |  |  |
| SSR – Affectons du système digestif, métabolique et endocrinien |  |  |  |  |
| SSR – Affections onco-hématologiques |  |  |  |  |
| SSR – Affections des grands brûlés |  |  |  |  |
| SSR – Affections des conduites addictives |  |  |  |  |
| SSR – Affections de la personne âgée, polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance |  |  |  |  |
| * Unité cognitivo-comportementale (UCC)
 |  |  |  |  |
| USLD |  |  |  |  |
| * Unité d’hébergement renforcée (UHR) labellisée
 |  |  |  |  |
| EHPAD |  |  |  |  |
| * Hébergement temporaire
 |  |  |  |  |
| * Accueil de jour
 |  |  |  |  |
| * PASA
 |  |  |  |  |
| * Unité de vie Alzheimer
 |  |  |  |  |
| Unité de soins palliatifs |  |  |  |  |
| Lits identifiés en soins palliatifs  |  |  |  |  |
| Equipe mobile de soins palliatifs |  |  |  |  |
| Equipe mobile de psychogériatrie |  |  |  |  |
| Autres *(préciser)* |  |  |  |  |

ETABLISSEMENT ET SERVICE MEDICO-SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse** |  |
| **Adresse mail du représentant légal** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Référent** | Nom :Qualification :Mail : |
| **Cadre de santé (si présent)** | Nom :Mail : |
| **Capacité totale** |  |
| **Décrire les unités qui le composent et leurs capacités (ex SSIAD : places PH, ESAD, etc.)** |  |
| **Aire d’intervention** |  |
| **Commentaires éventuels** |  |
| **Signature du représentant légal** |  |

Service spécifique (réseau, CLIC, MAIA, autres)

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse** |  |
| **Adresse mail du représentant légal** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Référent** | Nom :Qualification :Mail : |
| **Cadre de santé (si présent)** | Nom :Mail : |
| **Capacité totale** |  |
| **Décrire les unités qui le composent et leurs capacités** |  |
| **Aire d’intervention** |  |
| **Commentaires éventuels** |  |
| **Signature du représentant légal** |  |

HOSPITALISATION A DOMICILE

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulaire de l’autorisation** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse du lieu d’implantation** |  |
| **Antennes (préciser adresse)** |  |
| **Adresse mail du représentant légal** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Signature du représentant légal** |  |

**Eléments complémentaires pour la structure d’HAD :**

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité :

Formations complémentaires (soins palliatifs, gériatrie, etc.) :

Si temps partiel, mentionner les autres fonctions :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Médecin coordonnateur |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale salariée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Fonctionnement - organisation

Territoire d’intervention

|  |
| --- |
|  |

Conventions avec IDE libéraux Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :

Conventions avec EHPAD Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :

Conventions avec SSIAD Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :