



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 :