

**DOSSIER PROJET**

Admission directes des personnes âgées



Nom de l’établissement porteur du projet

*Thématique choisie :*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et coordonnées de l’établissement de santé** | Etablissement :  Adresse postale : |
| **Nom et coordonnées du directeur de l’établissement** | Directeur :  Téléphone :  Mail : |
| **Nom du responsable du projet** | Qualification :  Lieu(x) d’exercice :  Téléphone :  Mail : |

PRESENTATION DU PROJET

1. Etat des lieux

*Dynamiques ou travaux permettant de justifier le projet. Identification des ruptures et des besoins, des partenaires…*

|  |
| --- |
|  |

1. Projet

*Description des actions à mettre en place, des missions, des procédures, de l’organisation administrative et médico-soignante prévues, des partenariats…*

*Indiquer la place du projet dans la dynamique de la filière gériatrique de territoire….*

*Joindre au dossier fiche de poste, procédures types ou tout autre document permettant d’apprécier la mise en œuvre effective du projet.*

|  |
| --- |
|  |

1. Impacts organisationnels attendus

*Sur l’organisation, la filière de territoire, les partenariats, mutualisations, …*

|  |
| --- |
|  |

1. Modalités prévues d’information des partenaires sur le projet

|  |
| --- |
|  |

1. Calendrier de mise en œuvre

|  |
| --- |
|  |

1. Suivi et évaluation

*Calendrier de suivi, indicateurs à mettre en place…*

|  |
| --- |
|  |