

***Dossier candidature :***

***Expérimentation nationale pour l’usage du forfait de réorientation aux urgences hospitalières***

***A transmettre à l’ARS Occitanie sur la BAL suivante***

[***ars-oc-art51@ars.sante.fr***](mailto:ars-oc-art51@ars.sante.fr)

***au plus tard le 15 février 2020***

**1-Éléments relatifs à l’établissement candidat**

Nom de l’établissement :

Numéro FINESS :

Adresse :

Région :

Type d’établissement (CHU, CH, établissement privé …) :

**2-Personne(s) désignée(s) comme « référent » de l’expérimentation au sein de l’établissement**

* Nom et prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :

Adresse mail :

**3-Praticiens de ville souhaitant participer à l’expérimentation**

*Vous pouvez, le cas échéant, joindre au dossier de candidature, un bulletin d’adhésion des professionnels de ville qui souhaitent s’engager dans l’expérimentation, sur la base du document annexé.*

Précisez le nom des praticiens et leur lieu d’exercice (cabinet individuel ou collectif, MMG, MSP, CPTS…) :

* Nom et prénom :
* Lieu d’exercice :
* Nom et prénom :
* Lieu d’exercice :
* Nom et prénom :
* Lieu d’exercice :
* Nom et prénom :
* Lieu d’exercice :

Précisez si la démarche s’inscrit en lien avec une CPTS :

**4 - Quelles sont les attentes particulières liées à votre contexte qui motivent votre engagement à être expérimentateur du forfait de réorientation ?**

**5-Nombre de passages aux urgences et estimation du nombre de patients qui seraient concernés par le forfait de réorientation**

Nombre de passages aux urgences

* 2017 :
* 2018 :
* 2019 (estimation):

% de passages qui pourraient être concernés par le forfait de réorientation :

Indiquer les sources qui vous permettent de faire pour votre établissement cette estimation :

Rapporté à 10 000 habitants dans votre zone d’attraction, indiquez le nombre de médecins généralistes ?

**6-Description de l’organisation du parcours**

*Précisez qui, au sein de l’établissement, soumet le questionnaire au patient et à quel moment, qui l’analyse et qui valide la proposition de réorientation, comment est réorienté le patient, comment est transmise l’information aux professionnels de ville, comment le parcours est organisé pour que les consultations de réorientation soient honorées par le patient …*

**7 - Facteurs clés de réussite**

Au cours des derniers mois (18 au maximum), votre établissement a-t-il noué des relations ou conduit des projets en y associant pour partie la médecine de ville (généralistes ou URPS) ?

Disposez-vous, dans le service d’urgence, d’une capacité à transmettre des données via messagerie sécurisée aux médecins généralistes ?

Si ce n’est pas le cas, les développements informatiques nécessaires ont-ils été chiffrés (temps et montant) ?

A-t-il été vérifié auprès de l’équipe médicale et para-médicale du service des urgences l’acceptabilité pour elles de soumettre le patient à un questionnaire de réorientation ?

**8 – Modalités de répartition du forfait entre l’établissement et les praticiens de la ville**

# Date et lieu

* Annexe au dossier de candidature -

**BULLETIN D’ADHESION A L’EXPERIMENTATION**

**« Expérimentation nationale pour l’usage du forfait de réorientation aux urgences hospitalières»**

**EN OCCITANIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n° RPPS** | **Nom Prénom** | **Qualité** | **Adresse** | **Mode d’exercice** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Déclare(nt) accepter de participer à l’expérimentation prévue en Occitanie par l’arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l’expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d’urgence.

# Date