 **03-06-2019**

**Direction de l’Autonomie**

**Réf. à rappeler**: Soutien à la prescription médicale en EHPAD

**Affaire suivie par** : S. Courtois / J-P. Flouzat / L. Aimé

**Courriel** : ARS-IDF-PERSONNES-AGEES@ars.sante.fr

|  |
| --- |
| **Réponse à l’appel à candidatures – dossier de réponse****Soutien à la prescription médicale en EHPAD** |
| **Identité de l'établissement**  |
| Nom de l’EHPAD |   |
| Organisme gestionnaire |   |
| Statut de l’organisme |  |
| Adresse postale |   |
| Nom du responsable de l’EHPAD |   |
| Téléphone |   |
| e-mail |   |
| FINESS Juridique  |   |
| FINESS Etablissement (géographique) |   |
|   |
| Capacité occupée à ce jour en hébergement permanent  |   |
| Capacité occupée à ce jour en hébergement temporaire |   |
| Dernier GMP validé (et date) |   |
| Dernier PMP validé (et date) |   |
| Option tarifaire |   |
| **Organisation des soins** |
| Temps médecin coordonnateur exerçant actuellement au sein de l’EHPAD |   |
| Nombre de médecins traitants intervenant dans l'établissement |  |
| Nombre de résidents bénéficiant de l’intervention de ces médecins traitants susmentionnés |  |
| Nombre de médecins traitants intervenant dans votre établissement qui vont partir à la retraite prochainement (en 2019) |   |
| A ce jour, nombre de résidents n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant ne peut pas se déplacer et assurer le suivi médical du résident |   |
| Principaux motifs pour lesquels les résidents n’ont pas de médecin traitant |   |
| Avez-vous identifié un médecin potentiellement disponible pour intervenir au sein de l’EHPAD pour assurer le suivi médical des résidents sans médecin traitant ? Si oui, quelle est sa fonction actuelle ?Si oui, est-il disponible dans un délai proche (dans les 3 mois) ?La lettre d’intention de ce médecin doit être jointe au dossier de candidature. |   |
| Description des modalités de recrutement ou d’intervention du/des médecins prescripteurs  |  |
| Présence hebdomadaire envisagée du/des médecins prescripteurs (s) dans l’EHPAD |  |
| Éléments complémentaires à porter à la connaissance de l’ARS  |  |

**Ce présent dossier est à renseigner (maximum 3 pages) et à renvoyer :**

**au plus tard le vendredi 12 juillet 2019**

**par mail à l’adresse suivante :** **ars-idf-personnes-agees@ars.sante.fr**