****

**Annexe 1[[1]](#footnote-1)**

**argumentaire du candidat**

**Faire une note, maximum de trois pages, en précisant :**

1. **Renseignements administratifs**
* Nom de l’établissement ou groupement d’ES :
* Nom et prénom du directeur (email, tel) :
* Nom et prénom du pharmacien gérant (email, tel) :
* Nom et prénom du pilote de projet *si différent du pharmacien gérant* (email, tel, fonction)
* Contexte local de l’établissement ou du groupement d’ES (GHT, GCS) :

**II) Motivations**

* **Avez-vous déjà réalisé une cartographie des risques de votre activité de stérilisation** ?

Oui [ ]  Non [ ]

Commentaires :

* **Un plan d’actions correctives est-il en cours d’élaboration**?

Oui [ ]  Non [ ]

Commentaires :

* **Préciser les motifs pour lesquels vous souhaitez participer au dispositif d’appui** :

*Ex : amélioration des pratiques, réhabilitation à prévoir des locaux, projet de mutualisation de l’activité avec des établissements partenaires…*

* **Indiquer les objectifs attendus dans le cadre de l’accompagnement**:

*Ex : Préciser si des thématiques de travail sur la stérilisation ont été déjà identifiées…*

* **Décrire la composition de l’équipe opérationnelle pour la mise en œuvre du dispositif d’appui régional :**
* Pilote du projet :

* Co-pilote :
* Autres professionnels impliqués :
* …..
1. Renseigner et envoyer l’annexe 1 accompagnée de l’annexe 2 (lettre d’engagement) à l’adresse suivante :

ars-idf-sterilisation@ars.sante.fr [↑](#footnote-ref-1)