 

|  |
| --- |
| **Demande d’accompagnement pour la rédaction du projet de santé de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de XXX** |

Les professionnels de santé qui souhaitent bénéficier d’une aide la rédaction de leur projet de santé pour une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) peuvent solliciter les services de l’Agence Régionale (ARS) de Normandie en remplissant ce formulaire qui sera étudié en Comité Technique d’Instruction (CTI).

**Partie 1 : Informations obligatoires**

|  |
| --- |
| Référent du projet  |
|  |

|  |
| --- |
| Liste des professionnels de santé impliqués dans le projet |
| NOM | PRENOM | ADRESSE MAIL | N°TELEPHONE | PROFESSION | COMMUNE D’EXERCICE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Présentation et description du projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle**

|  |
| --- |
| Présentation du territoire d’intervention et du lieu d’implantation du projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle : |
| Topographie (superficie, nombre de communes) : |
| Démographie (nombre d’habitants) :  |
| Offre de soins existante (nombre de structures d’exercice coordonné (MSP/PSLA) aux alentours, présence d’une CPTS sur le territoire, nombre de médecins généralistes, nombre d’IDE, de masseurs-kinésithérapeutes, de pharmacies, d’orthophonistes, de sages-femmes, de psychologues, de pédicures-podologues, de chirurgiens-dentistes, d’ergothérapeutes, etc) |
| Services de santé (établissements de santé, etc): |
| Services médico-sociaux : |
|  |

1. **Justification de la demande d’accompagnement à la rédaction du projet de santé**

|  |
| --- |
| 1. Constat
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Résultats attendus par la rédaction de ce projet de santé et par cette constitution en Maison de Santé Pluriprofessionnelle
 |
|  |

**Partie 2 : Eléments de réflexion**

1. **Présentation de l’organisation envisagée**

|  |
| --- |
| 1. Présentation de l’organisation attendue et des modalités de travail entre les professionnels de santé (horaires d’ouverture, continuité des soins, soins non-programmés, réunion de concertation, accueil de stagiaire, participation à la permanence des soins ambulatoires, etc)
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Présentation des modalités de partage d’information (système d’information partagé, réunion de concertation, recrutement d’un coordinateur, etc)
 |
| * Réunions de concertation.
* Système d’information partagé
* Recrutement d’un coordinateur
 |

|  |
| --- |
| 1. Présentation des thématiques envisagées (protocoles, actions de prévention, missions de santé publique, etc)
 |
| * Protocoles
* Actions d’information
* Actions de prévention
 |

|  |
| --- |
| 1. Calendrier prévisionnel
 |
| Dépôt du projet de santé : Début de mise en œuvre du projet de santé : Date envisagée pour la constitution en SISA : Date envisagée pour la signature de l’ACI : |

Fait à XXX

Le XXX

Signature XXX

|  |
| --- |
| **Ce formulaire est à retourner à :**Agence Régionale de Santé de NormandieDirection de l’Offre de SoinsPôle Offre AmbulatoireARS-NORMANDIE-DOS-SOINS-VILLE@ars.sante.fr |