

Démarche : ARS Bretagne – Appel à candidature PERMANENCE DES SOINS EN
ETABLISSEMENT DE SANTE - formulaire de candidature

Organisme : Direction adjointe de l'hospitalisation

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Cette démarche a pour objet de désigner les établissements participant à la PDES en Bretagne pour les spécialités ci-dessous.

Spécialités chirurgicales :

- Anesthésie liée aux activités non réglementées
- Chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie SOS main
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie oto-rhino-laryngologique (ORL)
- Chirurgie ophtalmologique

Spécialités médicales :

- Gastroentérologie – Endoscopie digestive
- Pneumologie – Endoscopie bronchique
- Hématologie clinique adulte
- Médecine polyvalente – Gériatrie
- Endocrinologie – Diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées)
- Odontologie

Spécialités médico-techniques :

- Imagerie diagnostique
- Biologie médicale
- Pharmacie

IDENTIFICATION DU SITE GEOGRAPHIQUE

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Côtes d'Armor

☐ Finistère

☐ Ille et Vilaine

ARS Bretagne – Appel à candidature PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE - 1

☐ Morbihan

FINESS Géographique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 220000046 CH DINAN

☐ 220000079 CH GUINGAMP

☐ 20000103 CH LANNION

☐ 220000152 CH PAIMPOL

☐ 220000236 CH PLOUGUERNEVEL

☐ 220000301 CHP St Brieuc

☐ 220000152 CH SAINT-BRIEUC

☐ 220001259 CH TREGUIER

☐ 220000269 Clinique Armoricaïne de Radiologie

☐ 220005599 POLYCLINIQUE PAYS DE RANCE

☐ 220000111 POLYCLINIQUE TREGOR

FINESS Géographique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 290000017 CHU BREST - CAVALE BLANCHE

☐ 290000017 CHU BREST - MORVAN

☐ 290000017 CHU BREST - CH CARHAIX

☐ 290020700 CH CONCARNEAU

☐ 290000074 CH DOUARNENEZ

☐ 290000041 CH LANDERNEAU

☐ 290021542 CH PAYS DE MORLAIX

☐ 290020700 CHIC

☐ 290022508 Cl. Keraudren

☐ 290022508 CLINIQUE DU GRAND LARGE

☐ 290000140 CLINIQUE Pasteur Lanroze

☐ 290023431 CMC BAIE DE MORLAIX

☐ 290000728 HIA

☐ 290000785 HD Pont l'Abbé

☐ 290004217 Polyclinique Quimper Sud

FINESS Géographique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 350000030 CH FOUGERES

☐

ARS Bretagne – Appel à candidature PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE - 1

- ☐ 350005179 CHU RENNES
- ☐ 350000121 CHP St Grégoire
- ☐ 350000022 CH SAINT-MALO
- ☐ 350051991 CH VITRE
- ☐ 350000196 Clinique Côte Emeraude
- ☐ 350000071 H ARTHUR-GARDINER
- ☐ 350000139 La Sagesse
- ☐ 350054680 POLYCLINIQUE SAINT-LAURENT
- ☐ 350005146 Sévigné

FINESS Géographique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 560023210 CHBA Vannes
- ☐ 560005746 GHBS Lorient
- ☐ 560014748 CHCB Pontivy
- ☐ 560000044 CH PLOERMEL
- ☐ 560005746 CH QUIMPERLE
- ☐ 560008799 CLINIQUE OCEANE
- ☐ 560002933 CLINIQUE PORTE DE L'ORIENT
- ☐ 560007510 Polyclinique Pontivy

Nom de la personne en charge du dossier

Prénom de la personne en charge du dossier

Adresse électronique

Indiquer l'adresse mail de la personne en charge de coordonner le dossier de demande de reconnaissance de la permanence des soins dans le site géographique.

Numéro de téléphone

Indiquer les coordonnées téléphoniques de la personne en charge de coordonner le dossier de demande de reconnaissance de la permanence des soins dans le site géographique.

Territoire de santé

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ T1-T2
- ☐ T3
- ☐

☐ T5

☐ T6

☐ T7

☐ T8

SPECIALITES CHIRURGICALES

1. FONCTIONNEMENT DU PLATEAU TECHNIQUE CHIRURGICAL

Nombre de salles de blocs opératoires ouvertes en période de PDSES

Nombre de places de SSPI armées en période de PDSES

Nombre d'anesthésistes intervenant en période de PDSES au bloc et en SSPI (en ETP)

Indiquer le nombre de médecins anesthésistes prenant des gardes ou des astreintes au cours de l'année, et disposant d'un contrat d'exercice supérieur ou égal à un an dans l'établissement.

Décompte en nombre de personnes physiques.

Statut possible des praticiens :

- praticien inscrit à l'ordre (salariés ou libéraux);
- praticien à diplôme hors Union Européenne lauréat des EVC disposant d'une délégation du chef de service pour prendre des lignes de sénior;
- interne disposant d'une délégation du chef de service pour prendre des lignes de sénior.

Nombre d'IADE intervenant en période de PDSES au bloc et en SSPI (en ETP)

Indiquer le nombre de d'infirmiers anesthésistes prenant des gardes ou des astreintes au cours de l'année, et disposant d'un contrat d'exercice supérieur ou égal à un an dans l'établissement.

Nombre d'IBODE intervenant en période de PDSES au bloc et en SSPI (en ETP)

Commentaires / Précisions sur le fonctionnement du plateau technique

Indiquer par exemple si les capacités changent en fonction des périodes (nuit vs weekend), ou des précisions sur le fonctionnement des équipes du bloc opératoire et SSPI.

L'établissement est-il en mesure d'assurer l'anesthésie des enfants de moins de 15 ans (cf. Dérogations prévues dans le Code de Santé publique) ?

Pour les spécialités identifiées comme relevant de la chirurgie de proximité dans le cadre de la PDSES (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie), l'autorisation de chirurgie adulte autorise de prendre en charges les enfants en cas d'urgence, sous certaines condition (article Article R6123-202 III et IV et Article D6124-283 du Code de la Santé Publique).

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Age des enfants pris en charge

A partir de 15 ans, les patients peuvent être pris en charge en chirurgie adulte.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Enfants de 0 à 14 ans

☐ Enfants de 3 à 14 ans

☐ Enfants de 10 à 14 ans

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires

Fonctionnement du bloc opératoire et de la SSPI

2.PERMANENCE DES SOINS EN ANESTHESIE LIEE AUX ACTIVITES NON REGLEMENTEES

L'établissement candidate-t-il à la PDES d'anesthésie liée aux activités non réglementées ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale en anesthésie liée aux activités non réglementées l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalité d'organisation de la ligne partagée

Inscription du porteur de la PDES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettres d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDES dans l'établissement (anesthésiste)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (anesthésie liée aux activités non réglementées)

3. PERMANENCE DES SOINS EN CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

L'établissement candidate-t-il à la PDES de chirurgie viscérale et digestive ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalité d'organisation de la ligne partagée

Nombre de chirurgiens spécialisés en chirurgie viscérale et digestive exerçant en PDESES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en chirurgie viscérale et digestive : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en chirurgie viscérale et digestive : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe de chirurgiens viscéraux et digestifs est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDESES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettres d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDESES dans l'établissement (chirurgie viscérale et digestive)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (chirurgie viscérale et digestive)

4. PERMANENCE DES SOINS EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

L'établissement candidate-t-il à la PDESES en chirurgie orthopédique et traumatologique ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de chirurgiens spécialisés en chirurgie orthopédique et traumatologique exerçant en PDES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en chirurgie orthopédique et traumatologique : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en chirurgie orthopédique et traumatologique : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe de chirurgiens orthopédistes est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Information complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (chirurgie orthopédique et traumatologique)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Lettres d'engagement des praticiens libéraux intervenant en PDSSES de chirurgie orthopédique et traumatologique dans l'établissement

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (chirurgie orthopédique et traumatologique)

5. PERMANENCE DES SOINS EN CHIRURGIE SOS MAIN

L'établissement candidate-t-il à la PDSSES de chirurgie SOS main ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui

- ☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Garde

- ☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Ligne partagée

- ☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de chirurgiens spécialisés en chirurgie SOS main exerçant en PDSSES (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en chirurgie SOS main : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en chirurgie SOS main : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe de chirurgiens SOS main est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Information complémentaire que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSES dans l'établissement en chirurgie SOS main

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (chirurgie SOS main)

6. PERMANENCE DES SOINS EN UROLOGIE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES en urologie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Quels territoires de santé proposez-vous de couvrir?

Dans le cas où la ligne de PDSES proposée couvrirait plusieurs territoires de santé.

Nombre d'urologues participant à la PDSES (en ETP)

Capacités de prise en charge en urologie : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités de prise en charge en urologie : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe d'urologues est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSES dans l'établissement en urologie

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (urologie)

7. PERMANENCE DES SOINS EN CHIRURGIE VASCULAIRE

L'établissement candidate-t-il à la PDESES de chirurgie vasculaire ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Quels territoires de santé couvrez-vous ?

Dans le cas où la ligne de PDESES proposée couvrirait plusieurs territoires de santé.

Nombre de chirurgiens vasculaires participant à la PDESES (en ETP)

Capacités de prise en charge en chirurgie vasculaire : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités de prise en charge en chirurgie vasculaire : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Inscription du porteur de la PDESES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSES dans l'établissement en chirurgie vasculaire

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (urologie)

8. PERMANENCE DES SOINS EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES en oto-rhino-laryngologie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation médicale l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de médecins spécialisés en oto-rhino-laryngologie exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en oto-rhino-laryngologie : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en oto-rhino-laryngologie : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe médicale est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSES dans l'établissement (oto-rhino-laryngologie)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (oto-rhino-laryngologie)

9. PERMANENCE DES SOINS EN OPHTALMOLOGIE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES en ophtalmologie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Quels territoires de santé couvrez-vous ?

Dans le cas où la ligne de PDES proposée couvrirait plusieurs territoires de santé.

Nombre d'ophtalmologues exerçant en PDES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en ophtalmologie : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en ophtalmologie : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

L'équipe d'ophtalmologues est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Inscription du porteur de la PDES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (ophtalmologie)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDES dans l'établissement (ophtalmologie)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (ophtalmologie)

SPECIALITES MEDICALES

10. PERMANENCE DES SOINS EN GASTROENTEROLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES d'endoscopie digestive ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de gastro-entérologues formés à l'endoscopie digestive exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (endoscopies digestives)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux participant à la PDSES en endoscopie digestive

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (endoscopies digestives)

11. PERMANENCE DES SOINS EN PNEUMOLOGIE - ENDOSCOPIE BRONCHIQUE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES d'endoscopie bronchique ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de pneumologues formés à l'endoscopie bronchique exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (endoscopie bronchique)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux participant à la PDES en endoscopie bronchique

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (endoscopies bronchiques).

12. PERMANENCE DES SOINS EN HEMATOLOGIE CLINIQUE ADULTE

L'établissement candidate-t-il à la PDES d'hématologie clinique adulte ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre d'hématologues exerçant en PDES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en hématologie clinique adulte : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en hématologie clinique adulte : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (hématologie clinique adulte)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux participant à la PDSES en hématologie clinique adulte

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (hématologie clinique adulte).

13. PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE POLYVALENTE -GERIATRIE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES de médecine polyvalente- gériatrie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de médecins de médecine polyvalente et de gériatres exerçant en PDES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en médecine polyvalente- gériatrie : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en médecine polyvalente- gériatrie : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Inscription du porteur de la PDES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (médecine polyvalente- gériatrie)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux participant à la PDES en médecine polyvalente- gériatrie

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (médecine polyvalente- gériatrie).

14. PERMANENCE DES SOINS EN ENDOCRINOLOGIE – DIABETOLOGIE ADULTE (POMPES A INSULINE, BOUCLES FERMEES)

L'établissement candidate-t-il à la PDES d'endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre d'endocrinologues formés à l'endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées) exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Capacités d'hospitalisation en endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées) : Nombre de lits

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Capacités d'hospitalisation en endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées) : Nombre de places

Hospitalisation complète (HC) et Hospitalisation de jour (HDJ) inclus

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé (endocrinologie – diabétologie adulte)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux participant à la PDSES en endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

- ☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (endocrinologie – diabétologie adulte (pompes à insuline, boucles fermées)).

15. PERMANENCE DES SOINS EN ODONTOLOGIE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES d'odontologie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Nombre de chirurgiens-dentistes exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Nombre d'assistants dentaires présents aux horaires de PDSES au cours de l'année

Nombre de fauteuils

L'équipe de chirurgiens-dentistes est-elle en mesure de prendre en charge les enfants ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

L'équipe de chirurgiens-dentistes est-elle en mesure de prendre en charge les personnes en situation de handicap ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Informations complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence régionale de santé (odontologie)

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux souhaitant participer à la PDSES en odontologie

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser des pièces justificatives complémentaires (odontologie)

SPECIALITES MEDICO-TECHNIQUES

16. PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE MEDICALE DIAGNOSTIQUE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES d'imagerie médicale diagnostique ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

L'établissement recourt-il à la téléimagerie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Equipement(s) armé(s) en période de PDSES

Préciser sous quelle forme sont rendus les résultats d'examens en période de PDSES

Préciser le délai de restitution des résultats d'examens en période de PDSES

Des enfants sont-ils susceptibles d'être pris en charge ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre de radiologues exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Nombre de manipulateurs d'électro-radiologie exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Information complémentaire que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSES dans l'établissement (imagerie)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

17. PERMANENCE DES SOINS EN BIOLOGIE MEDICALE

L'établissement candidate-t-il à la PDSES en biologie médicale ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Si l'établissement candidate à plus d'une ligne de PDSES de biologie médicale, expliquer les spécificités de chaque ligne

Liste des examens de biologie médicale réalisés en période de PDSES

Modalités de restitution des résultats

Nombre de biologistes exerçant en PDSES au cours de l'année (en ETP)

Nombre de techniciens de laboratoire intervenant en période de PDSES (en ETP)

Inscription du porteur de la PDSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Information complémentaire que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDES dans l'établissement (biologie médicale)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (biologie médicale)

18. PERMANENCE DES SOINS EN PHARMACIE

L'établissement candidate-t-il à la PDES en pharmacie ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Quelle organisation l'établissement souhaite-t-il mettre en place ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Garde

☐ Astreinte

Ligne partagée / Ligne autonome ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Ligne partagée

☐ Ligne autonome

Si la ligne est partagée, qui sont les partenaires ?

Modalités d'organisation de la ligne partagée

Liste des activités de pharmacie réalisées en période de PDES

Nombre de pharmaciens exerçant en PDSSES au cours de l'année (en ETP)

Nombre de préparateurs en pharmacie intervenant en période de PDSSES (en ETP)

Inscription du porteur de la PDSSES dans une dynamique de coopération avec les autres établissements du territoire

Information complémentaire que l'établissement souhaite porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement des praticiens libéraux exerçant en PDSSES dans l'établissement (pharmacie)

Télécharger le modèle de lettre fourni.

Le compléter.

Le signer.

Le numériser.

Le déposer dans ce champ.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des pièces justificatives complémentaires (pharmacie)

PIECES OBLIGATOIRES

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre d'engagement du chef d'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Avis de la commission médicale d'établissement / conférence médicale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pour les établissements membres d'un GHT, avis du comité stratégique du GHT

RGPD

Informations RGPD

Les données personnelles recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'ARS Bretagne ayant pour finalité de désigner les établissements participant à la PDSSES en Bretagne, traitement nécessaire au respect d'une obligation légale (article 6 1. c) RGPD).

Vos données seront conservées pendant toute la durée du traitement et sont destinées aux seules personnes habilitées à traiter ces demandes, conformément aux articles 4 et 6

ARS Bretagne – Appel à candidature PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE - 1
du décret n°2018-383 du 23 mai 2018 ; Elles ne feront l'objet d'aucune diffusion.

Pour la réalisation de ce formulaire, l'ARS Bretagne utilise Démarches-Simplifiées, service fourni par la DINUM (direction interministérielle du numérique).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou geler leur utilisation en exerçant votre demande auprès du délégué à la protection des données de l'ARS : ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr ou par voie postale. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données constitue une violation de la réglementation.