Démarche : Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance Organisme : DGOS-PF3 Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Les données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de cette déclaration, sont réservées à un usage professionnel et conservées le temps strictement nécessaire à cette finalité. Ce traitement relève de l'exercice des missions d'intérêt public dont sont investis les ministères sociaux. Si vous souhaitez faire usage de vos droits (accès, rectification , opposition...), contactez le délégué à la protection des données de la DGOS : DGOS-RGPD@sante.gouv.fr Région Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Auvergne Rhône Alpes ☐ Bourgogne Franche Comté ☐ Bretagne Centre Val de Loire ☐ Corse Grand Est Guadeloupe/St Martin/St Barthélémy ☐ Guyane Hauts de France ☐ Ile de France ☐ La Réunion ■ Normandie

■ Nouvelle-Aquitaine

Occitanie

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance   |
|--|
| Océan Indien   |
| Pays de la Loire   |
| Provence Alpes Côte d'Azur   |
|  |
| Identification de l'opérateur de télésurveillance  |
| La notion de professionnel médical se limite aux métiers de médecin, sage-femme et chirurgien-dentiste.                                    |
| Il est impossible pour un Prestataire de Services et Distributeur de Matériel (PSDM) de se constituer opérateur de télésurveillance.       |
| Statut juridique de l'opérateur de télésurveillance :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Professionnel médical seul |
| Etablissement de santé public  |
| Etablissement de santé privé   |
| Centre de santé  |
| Maison de santé pluri professionnelle (SISA)   |
| Etablissement ou service médico@social   |
| Nom:   |
|  |
| Prénom:  |
|  |
| Adresse postale :  |
|  |
|  |
|  |
| Adresse électronique :   |
|  |
| Numéro de téléphone :  |
|  |
| Numéro RPPS : 11 chiffres  |
|  |
| Numéro Assurance Maladie :   |
| 9 chiffres   |
|  |
| Raison sociale:  |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance   |
|--|
| Adresse postale du siège social :  |
|  |
|  |
|  |
| Nom du représentant légal :  |
|  |
| Prénom du représentant légal :   |
|  |
| Adresse électronique du représentant légal :   |
|  |
| Numéro de téléphone du représentant légal :  |
| The state of the property of the state of th |
| Advacca álastronique de contact :  |
| Adresse électronique de contact :  |
|  |
| Numéro de téléphone de contact :   |
|  |
| Numéro SIRET : SIRET   |
|  |
| Dénomination   |
| Forme juridique  |
| FINESS Etablissement (FINESS ET):  |
| Il est demandé de renseigner le numéro FINESS de l'établissement (9 chiffres).   |
|  |
|  |
| Organisation de l'opérateur de télésurveillance  |
| Activité de télésurveillance   |
| Activité de télésurveillance   |
| Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques :   |
| Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Diabète   |
| ☐ Insuffisance cardiaque chronique   |
| Insuffisance rénale chronique  |
| Insuffisance respiratoire chronique  |
| Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique   |
| ☐ Oncologie  |
|  |
|  |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance  |
|---|
| Moniteur Cardiaque Implantable  |
| Maculopathie Maculopathie   |
|   |
| Qualification des professionnels de santé   |
| Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Médecin   |
| Chirurgien-dentiste   |
| ☐ Sage-femme  |
| Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :  Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles  Médecin |
| Chirurgien-dentiste   |
| ☐ Sage-femme  |
| Pharmacien  |
| ☐ Infirmier   |
| Infirmier en Pratique Avancée   |
| Masseur-kinésithérapeute  |
| ☐ Orthoprothésiste  |
| Pédicure-podologue  |
| ☐ Ergothérapeute  |
| ☐ Psychomotricien   |
| ☐ Orthophoniste   |
| Orthoptiste;  |
| Manipulateur en électroradiologie médicale  |
| Audioprothésiste  |
| Opticien-lunetier   |
| Prothésistes et orthésistes   |
| ☐ Diététicien   |
|   |
| Délégation des activités  |
| Avez-vous mis en place un protocole de coopération ? Cochez la mention applicable Oui   |
| Non   |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance<br>Description des actions déléguées par le protocole de coopération : |
|---|
|   |
|   |
|   |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre protocole de coopération ici :                                    |
|   |
| Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable  Oui                            |
| Non   |
|   |
| Qualité du tiers : Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Professionnel de santé                                       |
| ☐ Société   |
| Bénévole (association)  |
|   |
| Précision si professionnel de santé :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Choisir parmi la liste ci-dessous :     |
| ☐ Médecin   |
| ☐ Chirurgien-dentiste   |
| ☐ Sage-femme  |
| Pharmacien  |
| ☐ Infirmier   |
| ☐ Infirmier en Pratique Avancée   |
| Masseur-kinésithérapeute  |
| ☐ Orthoprothésiste  |
| Pédicure-podologue  |
| ☐ Ergothérapeute  |
| ☐ Psychomotricien   |
| Orthophoniste   |
| Orthoptiste   |
| Manipulateur en électroradiologie médicale  |
| ☐ Audioprothésiste  |
| Opticien-lunetier   |
| Prothésistes et orthésistes   |
| ☐ Diététicien   |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance  |
|---|
| Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention   |
|   |
|   |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici   |
| Continuité des soins  |
| Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :  A titre d'exemple, assurer la continuité des soins peut consister pour l'opérateur à :  - informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement)  - indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine) : confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place)  - et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le 15 |
|   |
| Activité de télésurveillance  |
| Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Diabète  |
| Insuffisance cardiaque chronique  |
| Insuffisance rénale chronique   |
| ☐ Insuffisance respiratoire chronique   |
| Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique  |
| Oncologie   |
| Lombalgie commune subaiguë ou chronique   |
| Moniteur Cardiaque Implantable  |
| Maculopathie Maculopathie   |
| Qualification des professionnels de santé   |
| Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Médecin   |
| Chirurgien-dentiste   |
| ☐ Sage-femme  |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :  Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles  Médecin |
|--|
| Chirurgien-dentiste  |
| ☐ Sage-femme   |
| Pharmacien   |
| ☐ Infirmier  |
| ☐ Infirmier en Pratique Avancée  |
| Masseur-kinésithérapeute   |
| ☐ Orthoprothésiste   |
| Pédicure-podologue   |
| ☐ Ergothérapeute   |
| ☐ Psychomotricien  |
| Orthophoniste  |
| Orthoptiste;   |
| Manipulateur en électroradiologie médicale   |
| Audioprothésiste   |
| Opticien-lunetier  |
| Prothésistes et orthésistes  |
| ☐ Diététicien  |
| Délégation des activités   |
| Avez-vous mis en place un protocole de coopération ?  Cochez la mention applicable  Oui  |
| Non  |
| Description des actions déléguées par le protocole de coopération :  |
|  |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre protocole de coopération ici :   |
| Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable  Oui   |
| Non  |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance  |
|---|
| Qualité du tiers : Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Professionnel de santé   |
| ☐ Société   |
| Bénévole (association)  |
| Précision si professionnel de santé : Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Choisir parmi la liste ci-dessous :           |
| Médecin   |
| Chirurgien-dentiste   |
| ☐ Sage-femme  |
| Pharmacien  |
| ☐ Infirmier   |
| ☐ Infirmier en Pratique Avancée   |
| Masseur-kinésithérapeute  |
| ☐ Orthoprothésiste  |
| Pédicure-podologue  |
| ☐ Ergothérapeute  |
| ☐ Psychomotricien   |
| Orthophoniste   |
| Orthoptiste   |
| Manipulateur en électroradiologie médicale  |
| ☐ Audioprothésiste  |
| Opticien-lunetier   |
| Prothésistes et orthésistes   |
| ☐ Diététicien   |
| Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention   |
|   |
|   |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici |

## Continuité des soins

Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance - informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement...) - indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine): confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place) - et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le Activité de télésurveillance Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques : Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Diabète Insuffisance cardiaque chronique Insuffisance rénale chronique Insuffisance respiratoire chronique Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique Oncologie Lombalgie commune subaiguë ou chronique Moniteur Cardiaque Implantable Maculopathie Qualification des professionnels de santé Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée : Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Chirurgien-dentiste ☐ Sage-femme Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée : Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Chirurgien-dentiste ☐ Sage-femme Pharmacien ☐ Infirmier ☐ Infirmier en Pratique Avancée Masseur-kinésithérapeute

Orthoprothésiste

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance  |
|---|
| Pédicure-podologue  |
| ☐ Ergothérapeute  |
| ☐ Psychomotricien   |
| Orthophoniste   |
| Orthoptiste;  |
| Manipulateur en électroradiologie médicale  |
| ☐ Audioprothésiste  |
| Opticien-lunetier   |
| Prothésistes et orthésistes   |
| ☐ Diététicien   |
|   |
| Délégation des activités  |
| Avez-vous mis en place un protocole de coopération ?  Cochez la mention applicable  Oui   |
| Non   |
| Description des actions déléguées par le protocole de coopération :   |
|   |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre protocole de coopération ici :  |
|   |
| Déposez votre protocole de coopération ici :  Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable   |
| Déposez votre protocole de coopération ici :  Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable  ☐ Oui  ☐ Non  Qualité du tiers :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  ☐ Professionnel de santé  |
| Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable Oui Non  Qualité du tiers:  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Professionnel de santé  Société   |
| Déposez votre protocole de coopération ici :  Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable  ☐ Oui  ☐ Non  Qualité du tiers :  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  ☐ Professionnel de santé  |
| Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?  Cochez la mention applicable Oui Non  Qualité du tiers:  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Professionnel de santé  Société   |
| Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers?  Cochez la mention applicable Oui Non  Qualité du tiers: Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Professionnel de santé Société Bénévole (association)  Précision si professionnel de santé: Cochez la mention applicable, une seule valeur possible |

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance  |
|---|
| ☐ Sage-femme  |
| Pharmacien  |
| ☐ Infirmier   |
| ☐ Infirmier en Pratique Avancée   |
| Masseur-kinésithérapeute  |
| ☐ Orthoprothésiste  |
| Pédicure-podologue  |
| ☐ Ergothérapeute  |
| ☐ Psychomotricien   |
| Orthophoniste   |
| Orthoptiste   |
| Manipulateur en électroradiologie médicale  |
| Audioprothésiste  |
| Opticien-lunetier   |
| Prothésistes et orthésistes   |
| ☐ Diététicien   |
|   |
| Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention   |
|   |
|   |
| Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici   |
| Continuité des soins  |
| Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :  A titre d'exemple, assurer la continuité des soins peut consister pour l'opérateur à :  - informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement)  - indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine) : confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place)  - et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le 15 |
|   |

## Engagement de l'opérateur de télésurveillance

L'opérateur s'engage à se mettre en conformité avec les référentiels mentionnés à l'article L. 162 52 du code de la

| Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance sécurité sociale correspondant aux activités et à l'usage d'un dispositif médical numérique de télésurveillance médicale inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044565986/2022-07-09 |
|--|
| Cochez la mention applicable  Oui  |
| Non  |
| L'opérateur s'engage à assurer la continuité des soins des patients Cochez la mention applicable Oui   |
| Non  |
| L'opérateur s'engage à assurer l'information du patient sur l'organisation de l'opérateur de télésurveillance, en particulier son information sur les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, et sur les éventuelles actions confiées à un tiers ou déléguées dans le cadre d'un protocole de coopération  Cochez la mention applicable  Oui |
| Non  |
| L'opérateur de télésurveillance médicale s'engage à tenir à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé compétente et et à lui remettre à sa demande tout document permettant de s'assurer de l'exactitude du content de la déclaration et du respect de ses engagements  Cochez la mention applicable  Oui                             |
| Non  |
| L'opérateur certifie l'exactitude des informations saisies dans sa déclaration Cochez la mention applicable Oui  |
| Non  |
| Signature Cochez la mention applicable Oui   |
| Non  |