****



**« IDE de nuit – EHPAD »**

**- Dossier de candidature -**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure porteuse** |  |
| **Nom des EHPAD partenaires** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Zone géographique** |  |
| **Département** |  |

**1. Déclaration de candidature**

 **1.1. Identification des promoteurs**

***Structure porteuse***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Partenaire 1***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Partenaire 2***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Partenaire 3***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Partenaire 4***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Partenaire 5***

**Nom :**

**Adresse :**

**Nom/prénom du responsable légal :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nom/prénom de la personne responsable du dossier :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

*Remarque : Le nombre de porteurs n’est pas limité. Le cadre pourra être recopié autant que de besoin. Il est toutefois rappelé que la durée d’intervention de l’IDE entre la structure porteuse et ses partenaires doit être inférieure à 30 minutes.*

 **1.2. Lettre de candidature**

*Insérer en pièce jointe une lettre signée par l’ensemble des structures et acteurs parties prenantes, actant de leur engagement dans le projet.*

**2. Projet**

*Ce diagnostic doit s’appuyer sur les travaux déjà conduits et être complété par les indicateurs demandés dans l’AAC*

* **Les caractéristiques générales du territoire (démographiques, géographiques, économiques, offre de santé…) et leurs particularités :**

* **Caractéristique des résidents des EHPAD du projet :**

* **Quels sont les modalités de mise en œuvre du projet ? COPIL ? Comment sera organisée la continuité du projet sur 365 nuits / an ?**

* **Quelles sont les modalités d’intervention de l’IDE (procédure de recours médical, accès au DLU, champ d’intervention…)**

* **Quels sont les moyens demandés ? Quelle sera la contribution financière des établissements ?**

* **Transmettre un diagnostic si possible sur 3 mois ou plus avec comme indicateurs :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDICATEURS** | Mai 2018 | Juin 2018 | Juillet 2018 |
| Nombre d’appels la nuit (..h-..h) vers le Centre 15, SAMU, le médecin de garde, SOS médecins. |   |   |   |
| Nombre d’hospitalisations non programmées la nuit |   |   |   |
| Nombre de départ urgences |   |   |   |

* **Commentaires / précisions éventuelles**