

**Fiche de synthèse**

**ANNEXE AU DOSSIER PROMOTEUR (2 à 3 pages maximum)**

|  |
| --- |
| **Auteur de la demande** |
|  |
| **Entité Juridique** | *indiquer le nom de l’EJ* |
| *indiquer le numéro Finess* |
| **Entité Géographique** | *indiquer le nom de l’ET concerné* |
| *indiquer le numéro Finess* |
|  |
| **Lieu d’implantation** |
|  |
| *indiquer l’adresse du lieu d’implantation* |

|  |
| --- |
| **Type de demande** |
|  |
|[ ]  **Demande d’autorisation d’activité de soins** | [ ]  | **Demande d’autorisation d’équipement matériel lourd (EML)** |
|[ ]  **Demande de regroupement d’activités de soins ou d’EML (L.6122-6)** | [ ]  | **Demande de conversion d’activité (L.6122-6)** |
|[ ]  **Demande de confirmation suite à cession (L.6122-3)** |[ ]  **Modification substantielle d’une autorisation d’activité de soins ou d’EML (D.6122-38 II)** |
|[ ]  **Demande de changement de lieu d’implantation ne donnant pas lieu à regroupement (L.6122-5)** |

|  |
| --- |
| **Activité(s)** |

* *Préciser quelles sont les* ***autorisations détenues à ce jour par votre établissement (entité géographique) concernée par la demande****?*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Activités de soins* | *Modalités* | *Forme (ex : HC/HDJ/ HAD)* | *Capacitaire* |
| *Ex : Médecine*  |  | *HC et HDJ* | *Ex :40 lits (HC) / 20 places (HDJ)* |
| *Ex : Gynécologie Obstétrique (GO)* | * *GO*
* *Néo nat*
* *Réa Néo Nat*
 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *EML* | *Nombre* |
| *Ex : IRM* |  |
| *Ex : Scanner* |  |

|  |
| --- |
|[ ]  Non concerné (demande initiale avec création d’entité) |

* *Indiquer l’activité de soins ainsi que la modalité concernées par la demande (ou EML) conformément au code de la santé publique (articles* [***R6122-25***](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041767601) *et suivants)*

|  |
| --- |
| **Contexte de la demande** |

* *Indiquer le contexte, la motivation de la demande, l’organisation envisagée y compris permanence des soins et dimensionnement capacitaire, le profil des patients pris en charge (PEC), le personnel dédié (médecins et personnel non médical), les éléments relatifs à la qualité et à la sécurité des soins*
* *La demande s’inscrit-elle dans le cadre* ***d’un redéploiement d’activité****?* [ ]  *Oui (précisez) /* [ ]  *Non*

|  |
| --- |
| **Objectifs poursuivis** |

* *Objectifs quantitatifs (*[*extrait arrêté bilan ARS*](https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/autorisations-1) *de l’autorisation demandée)*
* *Objectifs qualitatifs (accès, PEC...) en lien avec le PRS*

|  |
| --- |
| **Plus-value attendue dans le cadre de la mise en œuvre de l’activité** |

* *En terme de réponse aux besoins de santé sur le territoire*
* *En terme de coordination des acteurs sur le territoire (maillage territorial, partenariats…)*🡺 *GHT ? CTS ? Réseaux ? Pour la psychiatrie : Projet territorial de santé mentale…*
* *Pour l’établissement (développement d’activité, attractivité…)*

|  |
| --- |
| ***Date de démarrage envisagée*** |

* *Préciser la date de mise en œuvre prévue*