

Démarche : RECONNAISSANCE DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS - Volet

Etablissement Organisme :

Identité du demandeur

Email Civilité Nom Prénom

Formulaire

A compléter

Consignes de saisie des demandes de reconnaissance de LISP

Vous pouvez déposer plusieurs demandes de reconnaissance de LISP.

Vous êtes invité à compléter :

-Un dossier par établissement (volet « établissement de santé »), correspondant au présent dossier

Auquel vous joindrez :

-Un dossier pour chaque service concerné par une demande de reconnaissance de LISP (volet « service »)

Afin de lier vos dossiers, vous êtes invités :

* en fin de ce présent dossier "volet établissement" à indiquer les numéros de vos dossiers service, une fois qu'ils auront été créés
* dans chaque dossier "Volet service", à indiquer le numéro du présent dossier "volet établissement".

Nous vous invitons à consulter les textes suivants :

* [Filière SP](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76-2.pdf)
* [Appuis SP](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-r4-%2031_du_7_fev_2022_relatifs_a_la_perennisation_des_appuis_geriatriques_et_soins_palliatif%20s.pdf)

La présente demande est déposée au titre :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

1. Du renouvellement d’une reconnaissance pré-existante de LISP (incluant leur mise à jour). Votre demande concerne le renouvellement de LISP dans les services disposant de LISP déjà reconnus par l’ARS à date. Elle inclut toutes variations de leur nombre.
2. D’une reconnaissance de LISP dans un service n’ayant pas fait l’objet d’une reconnaissance contractuelle par l’ARS. Votre demande concerne une nouvelle reconnaissance de LISP, au sein de service(s) ne disposant pas de LISP reconnus par l’ARS à date.

Des données portant sur des années complètes vont vous être demandées dans ce formulaire, sous forme "d'année complète N-1, N-2, N-3". Merci de nous indiquer quelle est votre année de référence "N".

Indiquer l'année de référence N, sous forme aaaa

# Données générales de l'établissement de santé

Renseignez le numéro FINESS juridique de votre établissement

Renseignez le numéro FINESS géographique de votre établissement

Adresse mail du représentant légal de la demande

Adresse mail de l'auteur de la demande

Renseignez le statut de l'établissement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Privé lucratif

Privé non lucratif

Public

Renseignez les autorisations obtenues de l'établissement

Plusieurs choix possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

MCO

SMR

Autres, à renseigner

Autres autorisations détenues par l'établissement

Nombre de séjours relevant d’un diagnostic Z51.5 « Soins palliatifs », en diagnostic principal (DP) ou diagnostic associé (DA), dans l’établissement, tous champs confondus, en années N-1, N-2 et N-3 complètes

Année N-1 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l’établissement

Année N-2 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l’établissement

Année N-3 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l’établissement

Nombre de décès intervenus au sein de l’établissement, en années N-1, N-2 et N-3 complètes

Année N-1

Nombre de décès intervenus au sein de l’établissement

Année N-2

Nombre de décès intervenus au sein de l’établissement

Année N-3

Nombre de décès intervenus au sein de l’établissement

# Objet de la demande

Est-ce que l'un des services porteurs de la présente demande de renouvellement de LISP mentionné est un service de pédiatrie?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Service(s) concerné(s) par la présente demande de renouvellement de LISP Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISP reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Nombre total de LISP faisant l'objet d’une demande de reconnaissance, tous services porteurs confondus

S'agit-il :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

D’un nombre et d’une affectation à l'identique de la précédente reconnaissance contractuelle par l’ARS

D’un nombre et/ou d’une affectation comportant des modifications par rapport à la précédente reconnaissance contractuelle par l’ARS

Autre :

# Projet "Soins palliatifs" de l'établissement de santé

Le volet « soins palliatifs » est-il inscrit dans le projet d’établissement ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Si non, préciser (dont, inscription en cours, en discussion, etc, ...)

Porteurs du projet « soins palliatifs » de l’établissement Nom du responsable 1

Prénom du responsable 1

Fonction du responsable 1

Coordonnées email du responsable 1

Coordonnées tél du responsable 1

Nom du responsable 2

Prénom du responsable 2

Fonction du responsable 2

Coordonnées email du responsable 2

Coordonnées tél du responsable 2

Le projet de LISP est-il inscrit dans le volet « soins palliatifs » du projet d’établissement ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Une équipe mobile de soins palliatifs est-elle rattachée juridiquement à l’établissement ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Si non, une convention est-elle signée avec une ou plusieurs EMSP ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Oui

Non

En cours d'organisation

EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Nom EMSP

Une équipe mobile (dont ERRSPP) est-elle en mesure d'intervenir pour des situations de soins palliatifs pédiatriques ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

OUI, rattachée juridiquement à l'établissement

OUI, extérieure à l’établissement

NON

Commentaire

# Pièces jointes au dossier

Vous êtes invité à joindre tout document que vous jugerez utile, notamment :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Volet "soins palliatifs" du projet médical d'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Projet LISP de l’établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Tout autre document utile

# Dossier par service

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner un dossier pour chaque service concerné par une demande de reconnaissance LISP

Numéro de dossier - Service 1

Numéro de dossier - Service 2

Numéro de dossier - Service 3

Numéro de dossier - Service 4

Numéro de dossier - Service 5

Numéro de dossier - Service 6

Numéro de dossier - Service 7

Numéro de dossier - Service 8

Numéro de dossier - Service 9

Numéro de dossier - Service 10

# Engagements du demandeur

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Engagements signés

Merci de télécharger le modèle d'engagement : le remplir, le signer et le déposer dans le champs ci-dessous.