**Procédure de demande de dérogation du médecin coordinateur - Infirmier(ière) en pratique avancées**

**Préambule**

Ce protocole vise à définir les modalités de collaboration entre le médecin coordonnateur et l'infirmier(ère) en pratique avancée au sein de l'EHPAD [Nom de l'EHPAD], conformément aux dispositions des articles R. 4301-1 et suivants du Code de la santé publique.

1. **Identification de l’EHPAD :**

* Nom :………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Siret : ………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………….

* Code postale : ……………………………………………………………..……………………..…………………………..
* Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………………………….
* Mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Personne à contacter (directeur/trice EHPAD) : ………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Descriptif rapide de la situation de l’EHPAD en matière de coordination médicale**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………….………………………………………………………….……………

1. **Motivations à demander la dérogation**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

1. **Temps de médecin coordonnateur prévu dans le cadre de la dérogation (en précisant s’il s’agira d’une prestation sur place ou via la télécoordination) à télécharger ici –** [2025\_Guide\_recours\_télécoordination\_CVL.pdf](https://msociauxfr.sharepoint.com/:b:/r/teams/Testquiperunion/Documents%20partages/General/MEDCO-IPA/2025_Guide_recours_t%C3%A9l%C3%A9coordination_CVL.pdf?csf=1&web=1&e=4alqnv)**)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Temps d’IPA prévu dans le cadre de la dérogation**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Répartition des financements entre les deux postes (se référer à la note sur le financement à télécharger ici –** [2025\_Note\_financement\_dérogation méd co IPA.docx](https://msociauxfr.sharepoint.com/:w:/r/teams/Testquiperunion/Documents%20partages/General/MEDCO-IPA/2025_Note_financement_d%C3%A9rogation%20m%C3%A9d%20co%20IPA.docx?d=w57a76e72083e4589b714d9f71405b14d&csf=1&web=1&e=QaXtGs)**)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Déclaration d’adhésion à la répartition des compétences listées dans les fiches de poste annexées à l’arrêté de dérogation**

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………… représentant de l’établissement : ……………………………………………………………………………………… reconnait à adhérer à la répartition des compétences listées dans les fiches de poste annexées à l’arrêté de dérogation.

1. **Signataires :**

* **Dr [Nom du Médecin Coordonnateur]**, Médecin Coordonnateur
* **Mme/M. [Nom de l'IPA]**, Infirmier(ère) en Pratique Avancée

Date de mise en application : [Date]

Cachet, date et signature du Directeur de l EHPAD