DOSSIER DE DEMANDE DE MODIFICATION D’UNE AUTORISATION D’ACTIVITÉS DE SOINS OU D’ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

*(*[*Article D.6122-38 II*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036627574) *du Code de la santé publique)*

|  |
| --- |
| **Nom du demandeur :**  **Objet de la demande :**  🞎 ACTIVITES DE SOINS  🞎 EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS  **Liste des activité(s) de soins ou équipement(s) matériel(s) lourd(s) concerné(s) par cette confirmation :**  **-**  **-**  **-**  **-**  **-** |

**Préambule**

Lorsqu'un établissement envisage de modifier les conditions d'exécution d'une autorisation, il doit se référer à [l'article D.6122-38 II du Code de la santé publique](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036627574). L'opération projetée ne peut être mise en œuvre sans l'accord de l'ARS.

Tout projet de modification d’exécution de l’autorisation est présenté par le titulaire de l’autorisation à la délégation territoriale de l’agence régionale de santé du département de l’établissement concerné, et en copie à l’unité autorisations de l’ARS Centre-Val de Loire ([ARS-CVL-UNITE-AUTORISATIONS@ars.sante.fr](mailto:ARS-CVL-UNITE-AUTORISATIONS@ars.sante.fr)).

Les dossiers de demande d’autorisation sont envoyés ainsi :

* 1 exemplaire papier en lettre recommandée avec accusé de réception à la délégation départementale du département dans lequel l’activité de soins sera exercée (ou l’équipement matériel lourd implanté) ;
* 1 version électronique transmise à :
  + à l’unité autorisations de l’ARS Centre-Val de Loire

[ARS-CVL-UNITE-AUTORISATIONS@ars.sante.fr](mailto:ARS-CVL-UNITE-AUTORISATIONS@ars.sante.fr)

* + à la délégation départementale concernée

La liste des contacts des délégations départementales de votre département est disponible à la dernière page du dossier.

1. **Le projet**

|  |
| --- |
| LE DEMANDEUR |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité** |  |
| **Adresse** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Lieu d’implantation** |  |
| **N° FINESS géographique** |  |
| **N° FINESS juridique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Personne à contacter pour le suivi du dossier** | * Nom : * Qualité : * Courriel : * Téléphone : |

|  |
| --- |
| LA DEMANDE |

* **Nature de la modification :**

|  |
| --- |
|  |

* **Activité(s) ou équipement(s) matériel(s) lourd(s) concerné(es) par la demande :**

*Si****l’opération porte sur changement d’équipement matériel lourd de nature et d'utilisation clinique identiques, décrire le nouvel appareil (marque, modèle, puissance) et indiquer si une information de l’ASN a été réalisée.***

* **Calendrier de réalisation et de mise en œuvre :**

|  |
| --- |
|  |

* **Impact sur le projet médical d’établissement :**

|  |
| --- |
|  |

1. **Le personnel**

***Indiquer l’impact du projet sur les RH médicales et non médicales***

* **Personnel médical :**

**Avant le projet :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms** | **Statut** | **Qualification** | **Equivalent temps plein** | **Date de recrutement** | **N° RPPS** |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| Médecin coordonnateur (nom, ETP et missions) : …………… | | | | | |

**Après le projet :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms** | **Statut** | **Qualification** | **Equivalent temps plein** | **Date de recrutement** | **N° RPPS** |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……… | ……………. | ……………. | ……………. | ……………. |
| Médecin coordonnateur (nom, ETP et missions) : …………… | | | | | |

* **Personnel paramédical :**

**Avant le projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Effectifs** | **Equivalent temps plein** |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |

**Après le projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Effectifs** | **Equivalent temps plein** |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |

* **Personnel administratif:**

**Avant le projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Effectifs** | **Equivalent temps plein** |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |

**Après le projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Effectifs** | **Equivalent temps plein** |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |
| ……………. | ……………. | ……………. |

1. **Volet technique et financier**

|  |
| --- |
| DESCRIPTION DES INSTALLATIONS/ SERVICES/EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS |

**Description des locaux**

*Décrire l’organisation mise en place et les moyens en locaux, matériel et plateau technique dont dispose la structure.*

**Description des installations, des services ou des équipements matériels lourds concernés par l’opération**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités de soins  (au sens du CSP)** | **Date autorisation** | **Capacités installées** | **Activité n-1** | |
| Nb séj. | Nb jrn |
| Médecine |  |  |  |  |
| Chirurgie |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **EML** | | | | |
| **Type équipement** | **Nb** | **nb actes n-1** | **File active n-1** | |
| Scanographe |  |  |  | |
| IRM |  |  |  | |
| Caméra à scintillation |  |  |  | |
| TEP Scan |  |  |  | |
| Gamma caméra |  |  |  | |

**Conditions d’implantations et techniques de fonctionnement**

Faire apparaître, **par activité de soins ou équipement matériel lourd**, **le respect des conditions réglementaires d’implantation et techniques de fonctionnement** fixées en application des articles [L.6123-1](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690858) et [L.6124-1](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499493), et le cas échéant, de celles relatives à la protection contre les dangers des rayonnements ionisants.

Notamment :

* Description de l’organisation de l’activité (horaires…)
* Description relative à la permanence des soins ;
* Organisation du parcours patient
* Description du système d’information

|  |
| --- |
| FINANCEMENT DU PROJET |

Modalités précises de financement du projet.

Présentation du compte ou du budget prévisionnel d'exploitation pour les activités de soins concernées par la cession.

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPENSES** | **CHARGES ET PRODUITS EN ANNEE PLEINE** |
|
| Personnel médical | ……….€ |
| Personnel non médical | ……….€ |
| Consommables & médicaments | ……….€ |
| Actes externes | ……….€ |
| Amortissements, location et maintenance médicale | ……….€ |
| Molécules onéreuses/DMI/ATU | ……….€ |
| **Total charges directes** | ……….€ |
| Logistique médicale | ……….€ |
| Plateau techniques | ……….€ |
| **Coût Clinique** | ……….€ |
| Logistique générale | ……….€ |
| **Total Dépense** | ……….€ |
| **1/ Recettes activité** | ……….€ |
| Valorisation GHS T2A AM | ……….€ |
| Produits de l'activité hospitalière | ……….€ |
| MO / DMI / ATU | ……….€ |
| Dispositifs médicaux implantables | ……….€ |
| Majorations chambres particulières | ……….€ |
| Pondérations Consultations internes | ……….€ |
| **2/ Dotation** | ……….€ |
| MIG Permanence de soins | ……….€ |
| Crédit Aide contractualisation | ……….€ |
| **Total Recettes** | ……….€ |
| **RESULTAT** | ……….€ |

|  |
| --- |
| **Activité prévisionnelle** |
| Exercice N, N+1, N+2 |

1. **Indicateurs et évaluation de l’activité**
2. **Engagements du demandeur**

|  |
| --- |
| Le demandeur s’engage :   * à réaliser et maintenir des conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds ainsi que des conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles [L.6123-1](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690858) et [L.6124-1](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499493) ; * à maintenir des autres caractéristiques du projet après l'autorisation de modification ; * sur le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité, en application de l'article [L.6122-5](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499559) ;   Date :  Nom et signature du représentant légal : |

**Vos contacts**

**Délégation départementale du Cher**

**Iza-Line MAZZINE**

02.38.77.33.25

ars-cvl-DD18-unite-hospitaliere@ars.sante.fr

6 place de la Pyrotechnie - Caserne Lariboisière

Bâtiment D - 2e étage - CS 80003

18023 Bourges Cedex

**Délégation départementale d’Eure-et-Loir**

02.38.77.39.27

ars-cvl-DD28-unite-hospitaliere@ars.sante.fr

15 place de la République - CS 70016

28019 Chartres Cedex

**Délégation départementale de l’Indre**

**Romane LESAGE**

02.38.77.39.24

ars-cvl-DD36-unite-offre-soins@ars.sante.fr

Cité administrative - Bâtiment C

BP 587 Boulevard George Sand

36019 Châteauroux Cedex

**Délégation départementale de l’Indre-et-Loire**

02.38.77.34.19

ars-cvl-DD37-unite-offre-soins@ars.sante.fr

Cité administrative Champ Girault

38 rue Edouard Vaillant - CS 94214

37042 Tours Cedex 1

**Délégation départementale du Loir-et-Cher**

**Anna CHAMPIN**

02.38.77.34.90

ars-cvl-DD41-unite-hospitaliere@ars.sante.fr

CS 1820 - 41 rue d'Auvergne

41018 Blois Cedex

**Délégation départementale du Loiret**

**Laurence NEVEU**

02.38.77.31.20

ars-cvl-DD45-unite-offre-soins@ars.sante.fr

Cité administrative Coligny

131 rue de faubourg Bannier - BP 74409

45044 Orléans Cedex 1