**Rubrique 1 : Identification de votre établissement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement de santé |  | Adresse de l’établissement de santé |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’établissement | Etablissement privé | | | | | 2ème ligne  Hôpital régional | | | | | | 3ème ligne  CHU  Institut spécialisé  EPS | | |
| N° standard téléphonique : | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Nom et prénom du directeur | | | |  | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Nom, prénom et du Coordonnateur qualité | | | |  | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Date de visite souhaitée (mois / année) – *Tenir compte des délais prévus dans la procédure* | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pour les structures privées, précisez, le cas échéant, la raison sociale du groupe auquel l'entité juridique appartient : | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Nombre de services cliniques** : | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ACTIVITES de SOINS** | Urgences | Médecine | Chirurgie | | Pédiatrie | | Gynécologie  Obstétrique | | Réanimation | | Réa néonatale | Psychiatrie | | Dialyse |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| **SECTEURS MEDICO-TECHNIQUES** | Laboratoire (Biologie, Anapath, Expl. Fonct.) | | Imagerie médicale | | Radiothérapie | | Endoscopie | | Bloc opératoire | | **SECTEURS LOGISTIQUES** | Cuisines | | Lingerie |
| Interne  Externalisée | | Interne  Externalisée | |  | |  | |  | | Interne  Externalisée | | Interne  Externalisée |

**Rubrique 2 : Activité de l'établissement demandeur**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE n-1** | **Hospitalisation complète** | |  |
| **Nombre de lits** | **Taux d’occupation moyen** | **Préciser le type de services (cardio, gynéco, …)** |
| Médecine adulte |  |  |  |
| Chirurgie |  |  |  |
| Réanimation médicale |  |  |  |
| Réanimation chirurgicale |  |  |  |
| Gynécologie-obstétrique |  |  |  |
| Néonatologie |  |  |  |
| Pédiatrie |  |  |  |
| Psychiatrie |  |  |  |
| ***TOTAL*** |  |  |  |

**Nombre de services :**

**Rubrique 3 : Démarche qualité**

**Description synthétique de l’organisation qualité mise en place dans l’établissement (acteurs, instances, modalités de fonctionnement, …) :**

**Joindre à ce formulaire :**

* La lettre d’engagement de la direction
* La politique qualité et/ou le projet qualité
* Le plan d’amélioration de la qualité actualisé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DATE** | **SIGNATURE** |
| **Directeur de l’établissement** |  |  |