**Rubrique 1 : Identification de votre établissement**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’hôpital de circonscription | |  | | | | | Adresse de l’hôpital | | | |  | | | |
| Nom de la circonscription sanitaire | |  | | | | | | | | | | | | |
| N° standard téléphonique : | |  | | | | | |  | | | | | | |
| Nom, prénom du Directeur | |  | | | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Nom, prénom du Coordonnateur qualité-gestion des risques | |  | | | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Date de visite souhaitée (mois / année) – *Tenir compte des délais prévus dans la procédure* | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Nombre de services cliniques** : | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ACTIVITES de SOINS** | Urgences | | Médecine | Chirurgie | Pédiatrie | Médecine dentaire | | | Gynécologie Obstétrique | | | Psychiatrie | | Dialyse |
|  |  | |  |  |  |  | | |  | | |  | |  |
| **SECTEURS MEDICO-TECHNIQUES** | Laboratoire | | | Imagerie médicale | Bloc-opératoire | | | | **SECTEURS LOGISTIQUES** | | | Cuisines | | Lingerie |
|  | Interne  Externalisé | | |  |  | | | |  | | | Interne  Externalisé | | Interne  Externalisé |

**Rubrique 2 : Structuration de l'établissement demandeur (lister les services et le nombre de lits)**

**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** |  |  |