**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** |  |  |