|  |  |
| --- | --- |
| **DOSSIER DE CANDIDATURE** |  |
| ***(maximum 3 à 4 pages)*** |  |
| **Traçabilité des DMI dans les établissements de santé**  **Structures éligibles : tous les établissements de santé implantant des DMI** |  |
| **Auteur de la demande (raison sociale, représentant légal, n° finess, adresse) / référent du dossier (mail et téléphone)** |  |
|  |  |
| **Présenter succinctement la structure hospitalière porteuse du projet** |  |
|  |  |
| **Présenter succinctement votre activité dans le champs des dispositifs médicaux implantables** |  |
|  |  |
| **Présenter l’état des lieux de votre traçabilité sanitaire et financière déployée à ce jour** |  |
|  |  |
| **Décrire votre projet d’amélioration de la traçabilité des DMI dans votre établissement et/ou GHT (de la réception des DMI à la PUI jusqu’à la transmission des données dans le DMP)** |  |
|  |  |
| **Afin d’atteindre l’objectif décrit et fixé à N+1, veuillez détailler l’accompagnement financier de votre projet et l’aide que vous jugez nécessaire** |  |
|  |  |
| **Calendrier de mise en œuvre du projet présenté** |  |
|  |  |
| **Signature du Directeur de l’établissement ou du GHT** |  |
|  |  |