|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Annexe n°2**

**Dispositif IDE de nuit en EHPAD**

**Dossier de candidature - 2024**

# 

1. Département couvert :

*Cochez le(s) département(s) concerné(s) par le dispositif proposé*

* Alpes de Haute Provence
* Hautes Alpes
* Alpes Maritimes
* Bouches du Rhône
* Var
* Vaucluse

1. Option de la candidature envisagée

*Cochez l’option choisie*

* Option 1 : Astreinte « classique » mutualisée entre plusieurs EHPAD
* Option n°2 : Dispositif d’IDE de nuit dans plusieurs EHPAD à partir d’un établissement de santé
* Option n°3 : Dispositif d’IDE de nuit dans plusieurs EHPAD selon plusieurs modalités

*Si cette option est celle envisagée, mentionnée le nom de celle-ci :*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. Présentation du candidat
   1. **Identification de la personne chargée du présent dossier**

Prénom et nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

* 1. **Identification du porteur**

Nom du porteur – adresse, commune – zone géographique couverte :

*Présentez le porteur et son expérience*

1. Présentation du projet
   1. **Les modalités de mise en œuvre prévisionnelle du projet**

*Décrire les différents jalons du projet, les rencontres nécessaires avec la perspective d’une mise en œuvre effective dans les 6 mois suivants la notification favorable.*

* 1. **Organisation et fonctionnement du projet**

*Décrire précisément l’organisation envisagée avec notamment :*

* *le rôle et les missions du porteur, des acteurs du territoire partenaires du dispositif.*
* *le rôle et les missions des IDE volontaires*
* *les modalités retenues ou envisagées pour que les IDE de nuit connaissent préalablement les établissements partenaires, le système d'information, les patients, l'organisation de la pharmacie…. Précisez la fréquence de passage dans chaque établissement partenaire.*
* *les protocoles élaborés, les procédures de coordination envisagées entre les équipes de jour et l’IDE de nuit.*
* *les modalités d’accès aux différents logiciels de soins.*
* *les outils existants ou envisagés, les équipements envisagés.*
* *la démarche de formation envisagée.*

*Exposer également les critères d'exclusion et indiquer si les missions de l'IDE ont été formalisées au sein d'une fiche de poste, d'un cahier des charges ou d'une procédure.*

*Détailler les moyens mis à disposition des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (ex: mise à disposition d’un véhicule ou véhicule personnel, d’un téléphone portable, d'un accès informatique aux dossiers patients au sein des établissements partenaires, aux différents locaux et notamment à la pharmacie des établissements et au matériel infirmier…).*

* 1. **EHPAD couverts**

*Mentionner la liste des EHPAD couverts et en premier l’établissement pivot / noeud*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FINESS ET** | **EHPAD - établissements couverts** | **Commune** | **Capacité** |
|  | **EHPAD PIVOT / NOEUD :** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

1. Budget

* *Annexer le budget prévisionnel de la mission en année pleine avec le détail de chaque poste de dépense*
* *Mentionnez les nombre d’ETP, les coûts d’intervention et autres dépenses envisagées*

1. Documents obligatoires à joindre

* Organigramme du porteur - organisation mise en place dans le dispositif
* Calendrier de suivi du projet, des rencontres avec les EHPAD, de l’élaboration des fiches techniques sur les conduites à tenir pour les principales situations d’urgence clinique susceptibles d’être rencontrées
* File active réelle, nombre d’interventions, délai d’intervention après saisine du personnel la nuit
* Nombre d’IDE participant aux astreintes
* Lettres d’intention des EHPAD – ou autres porteurs