|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE OPPORTUNITE PROJET TELEMEDECINE** | Date de création de la fiche :  |  |
| Dernière modification : |  |
| Cette fiche est à remplir lorsqu'un porteur de projet souhaite proposer un dispositif et le soumettre à l’ARS (1 fiche par projet) |
|  |
| **IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET** |
|  |
| **Intitulé du projet** |  |
| **Porteur du projet** |  |
| **Discipline (Projet existant Oui / Non)** | **Télé dermatologie / Télé cardiologie / Télé gériatrie / Autre :** |
| **Structure juridique et adresse** |  |
|  |
|  | **Prénom Nom** | **Fonction** | **Structure/coordonnées** |
| **Référent projet** |  |  |  |
| **Soutien(s) projet** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Structures requérantes** |  | **Structures requises** |
| **Nom** | **Adresse / Numéro / Mail** | **Activité (Nb lits, places, Consultations)** |  | **Nom** | **Adresse / Numéro / Mail** | **Activité (Nb lits, places, Consultations)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Contexte local**(Problématiques et besoins identifiés) | à remplir par le porteur |
| **Objectifs du projet** (Objectifs généraux et opérationnels) | à remplir par le porteur |
|   |  |  |  |  |  |
| **PROJET MEDICAL**  |
|  |
| Pathologie et patients : |  |
| Volume d'activité prévisionnel |  |
| Expert envisagé |  |
| Etapes du parcours du patient : Déroulement de la prise en charge |  |
| Actes de télémédecine envisagés : Télé expertise ou télé consultation |  |
| Utilisation de la plateforme régionale de télémédecine et outils bio médicaux |  |