DOSSIER PROMOTEUR **Titre du document**

Dossier d’évaluation en vue du renouvellement d’une autorisation d’activité de soins : neuroradiologie Interventionnelle par voie endovasculaire (NRI)

**DEMANDEUR :**

**ARRETE D’AUTORISATION :**

**SOMMAIRE**

[1. DONNEES ADMINISTRATIVES 3](#_Toc466558547)

[1.1. titulaire de l’autorisation 3](#_Toc466558548)

[1.2. caracteristiques generales de l’autorisation 4](#_Toc466558549)

[1.3. Renouvellement de l’autorisation DEMANDEE 4](#_Toc466558550)

[2. EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER 5](#_Toc466558551)

[2.1. Etat de realisation des objectifs attaches a l’autorisation 5](#_Toc466558552)

[2.2. Etat de réalisation des caractéristiques du projet 6](#_Toc466558553)

[2.3. Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation 6](#_Toc466558554)

[3. Evolutions envisagées de l’autorisation 8](#_Toc466558555)

[4. ACTUALISATION DES MODALITES D’Evaluation de l'activité 8](#_Toc466558556)

[5. RENOUVELLEMENT DES engagementS 9](#_Toc466558557)

**Renouvellement d’une autorisation**

Le titulaire d’une autorisation d’activité de soins doit adresser un dossier d’évaluation au plus tard 14 mois avant la date de son renouvellement.

Pour rappel, une autorisation est délivrée pour une durée de 7 ans et court à compter de la réception par l’ARS, de la déclaration de mise en œuvre de l’activité ou de l’exploitation de l’équipement matériel lourd adressé par le titulaire de l’autorisation. Le délai de 14 mois est donc apprécié par rapport à cette date.

L’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 5 ans sauf lorsqu’il s’agit d’un premier renouvellement. Dans ce cas, l’évaluation porte sur une période au moins égale à 40 mois (3 ans et 4 mois).

A défaut d’injonction un an avant l’échéance de l’autorisation, cette dernière est tacitement renouvelée.

La date d’effet de l’autorisation renouvelée court à compter du jour suivant l’échéance de la durée de validité de l’autorisation précédente.

Vous voudrez bien adresser le dossier d’évaluation en 1 exemplaire par lettre recommandée avec avis de réception au siège de l’ARS Bourgogne Franche-Comté, Direction de l’organisation des soins (Immeuble Le Diapason 2, place des Savoirs CS 73535 21 035 DIJON) ainsi qu’en version numérique sur le support de votre choix ou par envoi dématérialisé à l’adresse suivante : ars-bfc-dos-psh@ars.sante.fr.

**Textes de référence :**

**Régime du renouvellement d’une autorisation**

Articles L.6122-5, L.6122-9, L.6122-10 du code de la santé publique (CSP)

**Durée de l’autorisation**

Article R.6122-37 du CSP

**Composition du dossier d’évaluation**

Articles R.6122-23, R.6122-32-2 du CSP.

**Conditions d’implantation et de fonctionnement de l’activité de soins**

* Articles R.6123-104 à 110 et articles D.6124-147 à 152 du code de la santé publique,
* Arrêté du 19 mars 2007 fixant l’activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie prévue à l’article R6123-110 du code de la santé publique,
* Arrêté du 15 mars 2010 fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie prévues à l'Article D.6124-149 du code de la santé publique,
* Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l’activité des établissements de santé – Annexe 1.3.

***Rappel des conditions préalables requises***

Le promoteur est autorisé en neurochirurgie et en réanimation.

Pour le traitement des lésions cancéreuses par neuroradiologie interventionnelle, le promoteur doit être titulaire d’une autorisation de traitement du cancer.

# **DONNEES ADMINISTRATIVES**

* 1. **titulaire de l’autorisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du titulaire de l’autorisation |  |
| Statut juridique |  |
| Siège social (personne morale) ou domicile (personne physique) |  |
| Nom et qualité du représentant légal |  |
| Adresse |  |
| Mail |  |
| Personne à contacter en charge du dossier *(téléphone, mail)* |  |
| SIRET |  |
| N° FINESS de l’entité juridique |  |
| N° FINESS de l’établissement d’implantation de l’activité (FINESS ET géographique) |  |

* 1. **caracteristiques generales de l’autorisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’échéance de l’autorisation |  |
| Lieu(x) d’implantation de l’activité à renouveler |  |
| Forme de gestion de l’activité autorisée |  |
| Date de la dernière visite conformité |  |
| Avis du rapport de la visite de conformité |  |
| Date de la dernière certification HAS |  |
| Conclusions du rapport de certification HAS |  |

* 1. **Renouvellement de l’autorisation DEMANDEE**
* à l’identique[[1]](#footnote-1) :
* avec modifications – *Dans ce cas, compléter la partie 3. Evolutions envisagées de l’autorisation*

# **EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER**

* 1. **Etat de realisation des objectifs attaches a l’autorisation**

***Référence juridique : R.6122-32-2 alinéa 1***

***Etat de réalisation des objectifs du schéma interrégional de l’organisation des soins, notamment en matière d’accessibilité, de qualité, de sécurité des soins, de continuité et de globalité de la prise en charge des patients***

Le titulaire de l’autorisation détaillera les actions mises en œuvre pour la réalisation des objectifs du SIOS rappelés ci-dessous.

**Permettre le développement de la prise en charge des AVC ischémiques en neuroradiologie interventionnelle (NRI) adultes et enfants**

* Modalités d’inscription de la neuroradiologie interventionnelle dans la filière de prise en charge des AVC (incluant la télémédecine) en lien avec les neurologues, les neurochirurgiens et les structures d’urgence :
* Modalités d’organisation mise en place pour améliorer l’accès rapide des patients

Dans quelle proportion le vecteur héliporté est-il mobilisé ?

* Mise en place d’une astreinte de permanence des soins sur le site :
* Présence d’une équipe de trois neuroradiologues interventionnels sur le site à partir de 2018 :

**Optimiser les moyens humains de chaque site permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins**

* Mise en place d’au moins un poste de post-internat sur le site (chef de clinique, assistants spécialistes, praticiens hospitaliers) :
* Renforcement de la prise en charge anesthésique des actes avec un pool d’anesthésie neurologique adapté à l’activité :

***Référence juridique : L.6114-2 et 3 CSP, R.6122-32-2 alinea 2***

***Réalisation des objectifs du CPOM en matière d’objectifs quantifiés de l’activité de soins (implantation et volume)***

***Référence juridique: R.6122-23 CSP***

***Respect des conditions particulières dont a été assortie l’autorisation dans l’intérêt de la santé publique***

***Cohérence avec le projet d’établissement ou le projet médical du Groupement hospitalier de territoire de rattachement***

***Analyse des écarts par rapport à ces objectifs***

* 1. **Etat de réalisation des ENGAGEMENTS DU TITULAIRE DE L’AUTORISATION SUR LES caractéristiques de l’autorisation**

***Réalisation et maintien des conditions d’implantation de l’activité de soins/des conditions techniques de fonctionnement***

* **Conformité des locaux et équipements à l’autorisation :**

(Si évolution par rapport au projet initial, l’indiquer et joindre les plans)

**Article D.6124-148 du Code de la Santé Publique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L’hospitalisation des patients relevant des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie est réalisée : | *Même site*  *Même bâtiment* | *Même site*  *Autres bâtiments (à spécifier)* | *Autre site (à spécifier)* | *Indiquer si disponibilité H24* |
| 1. Dans une unité dédiée ? |  |  |  |  |
| 1. Dans une unité de neurochirurgie ? |  |  |  |  |
| 1. Dans une unité de neurologie ? |  |  |  |  |
| Ou par défaut : |  |  |  |  |
| 1. Dans une unité de médecine ? |  |  |  |  |
| 1. Dans une unité de chirurgie ? |  |  |  |  |
| 1. Autre |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si pas d’unité dédiée, l’unité qui accueille les patients comporte-t-elle : | Oui | Non | Nombre |
| 1. Des lits dédiés ? |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés ? | | |  |
| 1. Des lits dédiés de réanimation ? |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés de réanimation? | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il : | Oui | Non | Nombre |
| 1. D’une unité de surveillance continue ? |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés de surveillance continue ? | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il : | Oui | Non | | Nombre | |
| 1. D’un protocole conclu entre les responsables médicaux de NRI et de l’unité de surveillance continue |  |  | |  | |
| 1. D’un protocole conclu entre les responsables médicaux de NRI et l’unité de réanimation |  |  | |  | |
| *Joindre au dossier d’évaluation les protocoles (Précisant notamment la localisation des lits mis à disposition, les règles d’admission et de sortie, les modalités de prise en charge des patients et la compétence des personnels)* | | | | | |
| L’établissement assure-t-il l’accessibilité et la prise en charge de patients lourdement handicapés à mobilité réduite dans : | | | Oui | | Non |
| 1. Les unités d’hospitalisation complète ? | | |  | |  |
| 1. Les unités d’hospitalisation de jour ? | | |  | |  |
| 1. Les unités de consultation ? | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il : | Oui | Non | nbre |
| 1. D’UNV ? |  |  |  |
| Quel est le nombre de lits spécifiques de soins intensifs  sur l’UNV? | | |  |

Article D.6124-151 du Code de la Santé Publique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il à tout moment d’au moins: | Oui | Non | Nombre |
| 1. Une salle d’angiographie numérisée interventionnelle répondant aux conditions d’anesthésie et d’asepsie identiques à celles d’un bloc opératoire ? |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de salles Monoplan ? | | |  |
| * Quel est le nombre de salles Biplan ? | | |  |
| 1. Une salle de commande avec des moyens de radioprotection conformes à la réglementation en vigueur ? |  |  |  |
| 1. Un angiographe numérisé permettant une reconstruction tridimensionnelle d’images ? |  |  |  |

**Article D.6124-151 du Code de la Santé Publique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il à tout moment, 24h/24 et 7j/7, d’un accès à : | Oui  Sur site | Oui  Par convention (Préciser le nom de l’établissement, la date et les délais) | Non |
| 1. Des examens d’imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie ? |  |  |  |
| 1. Des appareils de mesure et d’enregistrement continu de la pression intracrânienne ? |  |  |  |
| 1. D’un écho-Doppler transcrânien ? |  |  |  |
| 1. Des examens de bactériologie, hématologie, biochimie, ainsi que ceux relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang en extemporané ? |  |  |  |
| 1. Des produits sanguins labiles ? |  |  |  |

* **Données d’activité (sur les 5 dernières années)**

**Référence juridique**: R.6123-104, R.6123-110/Arrêté du 19 mars 2007/Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l’activité des établissements de santé – Annexe 1.3.

* Nombre de patients présentant un AVC ischémique et ayant bénéficié d’un acte de NRI, dont actes en période de permanence des soins :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N-5** | **N-4** | **N-3** | **N-2** | **N-1** |
| Hors période de PDS |  |  |  |  |  |
| En période de PDS |  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |  |

* Respect du seuil réglementaire**:** (compléter le tableau ci-dessous)

*Pour rappel, l’activité minimale annuelle des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie est fixée à****80 interventions par site*** *portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **code acte** | | **Libellé** | **n-5** | **n-4** | **n-3** | **n-2** | **n-1** | | **nombre d’actes effectués en urgence sur n-1** |
| EAAF901 | Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAAF002 | Dilatation intraluminale du tronc de l'artère carotide interne intracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAAF900 | Dilatation intraluminale de branche de l'artère carotide interne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAAF004 | Dilatation intraluminale du tronc de l'artère carotide interne intracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAAF902 | Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAAF903 | Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale intracrânienne ou de l'artère basilaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EACF001 | Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EACF002 | Inversion du flux d'un anévrisme artériel intracrânien en dehors d'une période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EANF002 | Fibrinolyse in situ suprasélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF001 | Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en dehors d'une période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF002 | Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien afférent à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF003 | Occlusion intraluminale de plusieurs vaisseaux intracrâniens afférents à une tumeur, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF004 | Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF005 | Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale cranioencéphalique multipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF006 | Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale cranioencéphalique unipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF007 | Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF008 | Oblitération intraluminale d'une artère intracrânienne porteuse d'un anévrisme en dehors d'une période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF009 | Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale cranioencéphalique unipédiculaire, par voie artérielle et par voie veineuse transcutanées | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF010 | Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF011 | Oblitération d'un anévrisme sacculaire artériel intracrânien en dehors d'une période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF012 | Occlusion intraluminale d'un vaisseau intracrânien, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF013 | Oblitération de plusieurs anévrismes sacculaires artériels intracrâniens en période aigüe hémorragique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF014 | Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide interne, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EASF015 | Embolisation d'une fistule artérioveineuse durale cranioencéphalique multipédiculaire, par voie artérielle ou veineuse transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| ENSF002 | Embolisation de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| ENSF003 | Embolisation de malformation artérioveineuse durale spinale, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| ENSF001 | Embolisation d'une malformation vasculaire ou d'une lésion vertébrale, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF001 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF003 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF004 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF005 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF006 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF009 | Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF010 | Dilatation intraluminale de l'artère carotide commune cervicale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF011 | Dilatation intraluminale de la bifurcation carotidienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF013 | Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBAF014 | Dilatation intraluminale de l'artère vertébrale extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBLF002 | Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBLF003 | Injection intraartérielle cervicocéphalique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBNF001 | Fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBNF002 | Fibrinolyse in situ suprasélective d'une artère extracrânienne à destination cervicocéphalique, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBSF001 | Occlusion d'une fistule artérioveineuse directe cervicale ou crânienne, par voie vasculaire transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBSF003 | Embolisation sélective ou hypersélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EBSF004 | Embolisation suprasélective unilatérale ou bilatérale de branche de l'artère carotide externe, par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| EAJF  341 | Evacuation de thrombus d’artère intracrânienne par voie artérielle transcutanée | |  |  |  |  |  | |  |
| TOTAL | |  |  |  |  | |  |  |

Le service prend-il en charge des moins de 18 ans ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N-5** | **N-4** | **N-3** | **N-2** | **N-1** |
| **Nombre de <18 ans pris en charge** |  |  |  |  |  |

* **Organisation de la prise en charge**
* Etat des coopérations, partenariats, réseaux utiles à l’activité :
* Coopération inter-régionale par télémédecine

Mise en place : OUI - NON

Si oui, à quelle fréquence et décrire son organisation

Si non, pour quelle raison ?

* Orientation des patients et suivi :

***Respect des effectifs et qualification (joindre la liste nominative + ETP par modalité)***

Article D6124-149 du Code de la Santé Publique.

L’équipe de neuroradiologie interventionnelle a–t-elle été renforcée durant la période écoulée de l’autorisation ?

Si oui, indiquer les recrutements effectués et la plus-value en termes d’organisation et de qualité de prise en charge des patients :

Si non, expliquer les raisons :

Personnel médical dédié à la Neuroradiologie Interventionnelle par voie endovasculaire :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom | Qualification | Statut | Conformité avec l’arrêté du 15 mars 2010  *(préciser formation ou expérience de 3 ans avant 2010)* | ETP |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| **Anesthésistes dédiés à la NRI** |  |  |
| **Anesthésistes de neurochirurgie** |  |  |
| **Anesthésistes d’un pôle d’anesthésie** |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |

* Un médecin qualifié en MPR intervient-t-il pour les patients NRI ?

Personnel non médical dédié à l’activité de NRI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| **Manipulateur en électroradiologie médicale** |  |  |
| **IDE** |  |  |
| **Aide-soignant** |  |  |
| **Secrétaire** |  |  |

* Les conditions d’intervention fixées à l’article D.6124-149\* du CSP sont-elles respectées pour chaque acte ?

« Chaque acte interventionnel en neuroradiologie nécessite la présence d’au moins 3 personnes expérimentées, dont

* un médecin justifiant d’une expérience et d’une formation à la pratique d’actes de neurodiologie interventionnelle,
* un manipulateur en électroradiologie médicale.
* selon le besoin, un médecin ou un infirmier ou un manipulateur en électroradiologie médicale

OUI - NON

* Lorsque l’intervention nécessite une anesthésie générale, un infirmier anesthésiste assiste le médecin anesthésiste.

OUI - NON

***Commentaires de la structure et analyse des écarts de réalisation par rapport aux caractéristiques initiales de l’autorisation***

* 1. **Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation**

Référence juridique :

***Résultat du recueil et du traitement des indicateurs supplémentaires retenus par le promoteur***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Evaluation :

***Résultat de la participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation***

***Résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Résultats de la mise en œuvre des procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients : livret d’accueil, questionnaire de sortie)

*Décrire les modalités d’évaluation de la satisfaction des patients, les résultats de cette évaluation et les mesures correctrices éventuellement mises en œuvre.*

* Engagement de l’établissement dans la démarche de recueil de la satisfaction des patients par l’outil e-satis :

1. **Evolutions envisagées de l’autorisation**

* Projet d’évolution concernant la mise en œuvre des objectifs du schéma d’organisation des soins :
* Projet d’évolution concernant les coopérations ou l’appartenance à des réseaux  de santé :
* Projet d’évolution concernant l’état des personnels :
* Projet d’évolution concernant l’implantation de l’activité :
* Projet d’évolution concernant l’organisation et le fonctionnement de l’activité : (joindre dans ce cas un descriptif de la modification projetée) :
* Autres projets d’évolution relatifs à l’autorisation :

1. **ACTUALISATION DES MODALITES D’Evaluation de l'activité**

Mise à jour **des critères d’évaluation** de l‘autorisation (évaluation prévue au 4° de l’article R.6122-32-1) :

* Objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du schéma régional de santé et opérations auxquelles le demandeur entend répondre
* Indicateurs supplémentaires envisagés par le demandeur :
* Modalités de recueil et de traitement des indicateurs :
* Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation :
* Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients :

1. **RENOUVELLEMENT DES engagementS**

Je m’engage à :

Respecter la réalisation et le maintien des conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement des activités interventionnelles par voie endovasculaire, en neuroradiologie fixées en application des articles L.6123-1 et L.6124-1  du code de la santé publique ;

Respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux nécessaires à la mise en œuvre du projet ;

Respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci ;

Respecter le volume d'activité ou le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5 ;

Mettre en œuvre l'évaluation périodique prévue à l’article R.6122-23 du code de la santé publique en déterminant à l'avance les critères retenus et les méthodes utilisées et en communiquer les résultats à l'ARS, en précisant les conditions de réalisation de cet engagement.

**Nom Prénom**

**Qualité**

**Date et signature**

1. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-1)