

Votre dossier n'a pas encore été validé.
Seuls les dossiers validés sur internet seront pris en compte.

DEMANDE DE SUBVENTION - CRCM**DEMANDEUR****Demander**

Nom : . .
Responsabilité au sein du CRCM : .
Nom du CRCM : .
Adresse : .
. .
. .
. .
. .
. . .
FRANCE
Tél. : .
E-mail : .

Référents

Délégué Territorial « Vaincre » ou son représentant :

Nom : . .
Téléphone : .
E-mail : .

Demande de subvention discutée avec le délégué territorial de « Vaincre » ou son représentant au cours des 3 derniers mois :

Demande de subvention discutée avec le collectif de parents/patients :

Demande de subvention transmise à la direction de l'hôpital :

Établissement de tutelle (avec lequel la convention sera signée)

Nom de l'établissement : .
Adresse : .
. .
. .
. . .
FRANCE

Directeur de l'établissement

Nom : . .
Service : .
Adresse : .
. .
Téléphone : .
E-mail : .

Contact administratif

Nom : . .
Fonction : .
Service : .
Adresse : .
. .
Téléphone : .
E-mail : .

Responsable des Ressources Humaines

Nom : . .
Service : .
Adresse : .
. .
Téléphone : .
E-mail : .

Contact financier

Nom : . .
Fonction : .
Service : .
Adresse : .
. .
Téléphone : .
E-mail : .
Numéro IBAN : .
Numéro BIC ou SWIFT : .
Titulaire du compte : .

Contact préférentiel pour l'envoi et le suivi de la convention :

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE

	Nombre de patients suivis régulièrement en 2022	Nombre de patients vus (au moins une fois) en 2022 pour avis*
TOTAL		
Adultes (≥18 ans)		
Sur liste de greffe		
Greffés		

* recours, bilan pré-greffe ou séjour de réhabilitation

Nombre de nouveaux patients arrivés dans le centre en 2022 :

Pour les patients en attente de greffe et greffés, le suivi est-il partagé (alterné) avec un centre de transplantation ?

Y a-t-il un ou plusieurs professionnels partagé(s) avec un centre de transplantation ?

MOYENS HUMAINS EN 2022

Moyens humains du CRCM

	Nombre	Temps consacré à la mucoviscidose (ETP) ⁽¹⁾	Financement par MIG (ETP)	Financement Vaincre (ETP)
Médecins (PU-PH et PH) dont responsable du centre				
Autres médecins (Prat att et contractuels, CCA...)				
Infirmiers(ères) coordinateurs(trices)				
Kinésithérapeutes spécialisés(es)				
Diététiciens(nes)				
Psychologues				
Assistants(es) socio-éducatifs(ves)				
Secrétaires				
EAPA				

⁽¹⁾ETP : équivalent temps. Ex : indiquer 0.5 pour un mi-temps, 1 pour un plein-temps.

Changement de professionnels dans l'année (Départ/remplacement/arrivée)

.

Autres subventions**Noms, montants**

Associations de patients :.

Laboratoires :.

Prestataires de services :.

Fonds privés :.

Autres :.

RAPPORT D'ACTIVITÉS GLOBAL DU CENTRE 2022

Rapport d'activités de l'année 2022

.

Professionnels de ville avec lesquels vous entretenez des liens

.

Études, publications, communications auxquelles vous participez

.

Points forts et points faibles

.

Rapport individuel d'activités : personnel hospitalier

Nom : ..

Profession :

Pourcentage du temps consacré à la
mucoviscidose :

Le poste financé par Vaincre a-t-il été repris par l'établissement ?

BILAN QUALITATIF et QUANTITATIF**Bilan qualitatif****ACTIVITÉ CLINIQUE**Nombre de patients accompagnés dans
l'année écoulée : 0

Nombre de consultations effectuées : 0

Avez-vous accompagné des patients dans le cadre de réentraînement à l'effort / réhabilitation respiratoire ?

Avez-vous accompagné des patients/parents lors de programmes d'éducation thérapeutique ?

Avez-vous une activité/intervention à l'extérieur (PAI, consultation à domicile ...) ?

Participation aux journées/congrèsJournées Vaincre la Mucoviscidose
Journées Scientifiques de la Mucoviscidose
JFM
Réseaux de soins muco
Congrès ECFS
Congrès SPLF
Congrès CFA
Congrès SFP
Congrès SFT
Journée laboratoires**INTÉGRATION DANS UNE ÉQUIPE/UN RÉSEAU/UN COLLECTIF**

Participez-vous aux réunions pluridisciplinaires ?

Participez-vous à une activité du collectif (Parents/Patients) ?

Avez-vous des liens avec des professionnels de ville ?

Participez-vous à une activité de réseau/liens centre transplantation/Autre CRCM ?

Autres : .

Rapport individuel d'activités : personnel non pris en charge par l'hôpital

Nom : . .

Profession :

Pourcentage du temps consacré à la
mucoviscidose : 0Y a-t-il eu changement de professionnel
dans l'année ? : '

Le poste financé par Vaincre a-t-il été repris par l'établissement ?

BILAN QUALITATIF et QUANTITATIF**Bilan qualitatif****ACTIVITÉ CLINIQUE****Critères d'inclusion au programme**

A la demande du patient ou des parents
 A la demande de l'équipe pluridisciplinaire
 A l'occasion du bilan annuel
 A l'occasion d'hospitalisation

Nombre de patients entrants dans la session (année écoulée) :

Description des séances / sessions d'entraînements :

Présentation de l'activité aux patients ? (Indiquez un nombre réalisé) :

Temps moyen de la séance (en min) :

Combien de séances au total ont été réalisées à l'hôpital :

Combien de séances au total en 'visio' :

Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), entre 2 séances et 6
séances :

Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), plus de 12 séances :

Nombre de séances en collectif (2 Patients ou plus) intérieur/extérieur :

Nombre de suivi téléphoniques :

Avez-vous accompagné des patients/parents lors de programmes d'éducation thérapeutique ?

Votre poste nécessite-il du temps de coordination ?

Votre poste nécessite-il du temps de
 déplacement toutes missions .
 confondues ? :

INTÉGRATION DANS UNE ÉQUIPE/UN RÉSEAU/UN COLLECTIF

Participez-vous aux réunions pluridisciplinaires ?

Avez-vous des liens avec des professionnels de ville ?

Participez-vous à une activité de réseau/liens centre transplantation/Autre CRCM ?

Participation aux journées/congrès

Journées Vaincre la Mucoviscidose
 Journées Scientifiques de la Mucoviscidose
 JFM
 Réseaux de soins muco
 Congrès ECFS
 Congrès SPLF
 Congrès CFA
 Congrès SFP
 Congrès SFT
 Journée laboratoires

Rapport individuel d'activités : personnel non pris en charge par l'hôpital

Nom : . .

Profession : EAPA (.)

Pourcentage du temps consacré à la
mucoviscidose : 0Y a-t-il eu changement de professionnel
dans l'année ? : '

Le poste financé par Vaincre a-t-il été repris par l'établissement ?

BILAN QUALITATIF et QUANTITATIF**Bilan qualitatif****ACTIVITÉ CLINIQUE****Critères d'inclusion au programme**

A la demande du patient ou des parents
 A la demande de l'équipe pluridisciplinaire
 A l'occasion du bilan annuel
 A l'occasion d'hospitalisation

Nombre de patients entrants dans la session (année écoulée) :

Description des séances / sessions d'entraînements :

Présentation de l'activité aux patients ? (Indiquez un nombre réalisé) :

Temps moyen de la séance (en min) :

Combien de séances au total ont été réalisées à l'hôpital :

Combien de séances au total en 'visio' :

Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), entre 2 séances et 6
séances :

Combien de patients pris en charge au total au domicile, à l'extérieur (hors hôpital), plus de 12 séances :

Nombre de séances en collectif (2 Patients ou plus) intérieur/extérieur :

Nombre de suivi téléphoniques :

Avez-vous accompagné des patients/parents lors de programmes d'éducation thérapeutique ?

Votre poste nécessite-il du temps de coordination ?

Votre poste nécessite-il du temps de
 déplacement toutes missions .
 confondues ? :

Nombre de patients mis en contact avec l'EAPA pendant l'année :

Nombre de patients ayant réalisés un programme de réentraînement à l'effort/coaching :

Nombre de Patients que vous avez accompagné dans le cadre de réentraînement à l'effort/coaching :

Combien de Patients ont développé leur autonomie face une problématique définie par votre centre ? :

Combien de patients ont repris une activité physique sportive régulière à la suite de séances avec l'EAPA ? :

INTÉGRATION DANS UNE ÉQUIPE/UN RÉSEAU/UN COLLECTIF

Participez-vous aux réunions pluridisciplinaires ?

Avez-vous des liens avec des professionnels de ville ?

Participez-vous à une activité de réseau/liens centre transplantation/Autre CRCM ?

Participation aux journées/congrès

Journées Vaincre la Mucoviscidose
 Journées Scientifiques de la Mucoviscidose
 JFM
 Réseaux de soins muco
 Congrès ECFS
 Congrès SPLF
 Congrès CFA
 Congrès SFP
 Congrès SFT
 Journée laboratoires

ORGANISATION

Rencontres formalisées en 2022

Participants	Thèmes abordés
Délégués « Vaincre » :	.
Patients :	.
Familles :	.
Médecins :	.
Infirmières :	.
Kinésithérapeutes :	.
Diététiciens :	.
Psychologues/Psychiatres :	.
Travailleurs Sociaux :	.

Éducation thérapeutique

Programme agréé par l'ARS :

Avez-vous (eu) des difficultés à obtenir le renouvellement de l'agrément par l'ARS en 2022 ?

Avez-vous des difficultés à mettre en place un programme d'éducation thérapeutique ?

Actions spécifiques : .

Formations

Infirmières libérales :	
Médecins traitants :	
Kinésithérapeutes libéraux :	

Programmes

[Pas de programmes]

RAPPORT FINANCIER DE L'ANNÉE 2022**Postes financés en 2022**

Poste	Nom	Depuis	N° du dernier dossier accepté
.	..		-

Dotation mig

Nom	Poste	% ETP muco	Montant % ETP (toutes charges incluses)
..	.	0	0 €
Total		0	0 €

Rapport PIRAMIG

Montant de la T2A : €

PROJET DE L'ANNÉE 2023

Projet annuel

DEMANDE DE SUBVENTION DE L'ANNÉE 2023

La **numérotation** du tableau indique l'ordre de priorité de vos demandes

Personnel à financer via l'organisme de tutelle

Organisme gestionnaire : . - .

Prio- rité	Nom	Poste	ETP muco	Durée demandée (en mois)	Montant %ETP annuel
Total :					0 €
Somme totale demandée :					0 €

PIÈCES JOINTES

Pièces jointes complémentaires

. : [cliquez ici pour voir le programme](#)