

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

**PROJET D' AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE**

**DEMANDEUR**

**Demander responsable du projet**

---

**Nom :**  
**Responsabilité au sein du centre :**  
**Nom du centre :**  
**Nom du Responsable du Centre :**  
**Type de financement actuel  
(Institution, Vaincre la muco, autre...)  
en % :**  
**Temps consacré au projet (% ETP) :**  
**Adresse :** .  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
FRANCE  
**Tél. :**  
**E-mail :**  
**Centre constitutif/coordonateur :** Non

**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 :**

**Autres professionnels impliqués dans le projet**

| Nom | Fonction et lieu d'exercice | Temps consacré au projet en % ETP |
|-----|-----------------------------|-----------------------------------|
| ..  | .                           | 0                                 |

**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* |
|----------------------------|---|---|
| <b>TOTAL</b>               |   |   |
| <b>Adultes (≥18 ans)</b>   |   |   |
| <b>Sur liste de greffe</b> |   |   |
| <b>Greffés</b>             |   |   |

\* 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 ?**

|                               |
|-------------------------------|
| <b>MOYENS HUMAINS EN 2022</b> |
|-------------------------------|

**Moyens humains du Centre<sup>(1)</sup>**

|  | Nombre | Temps consacré à la mucoviscidose (ETP) <sup>(2)</sup> | 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) Centre auquel appartient le responsable du projet

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

|  |
|--|
| <b>Changement de professionnels dans l'année (Départ/remplacement/arrivée)</b> |
|--|

.

**Autres subventions****Noms, montants**

Associations de patients :.

Laboratoires :.

Prestataires de services :.

Fonds privés :.

Autres :.

## RAPPORT D'ACTIVITÉS GLOBAL DU CENTRE 2022

**Rapport d'activités du projet de l'année 2022**

.

**Rapport d'activités du Centre 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 : 0

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

Si oui, à quel % ETP : 1

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

Nombre de consultations effectuées :

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/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

**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/lien 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 ? Oui

Si oui, à quel % ETP : 1

**BILAN QUALITATIF et QUANTITATIF****Bilan qualitatif**

0

**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 ? Oui

Si oui, à quel % ETP : 1

**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

.

## RAPPORT FINANCIER DE L'ANNÉE 2022

### Postes financés en 2022

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

### Matériel/Fonctionnement financé en 2022 dans le cadre du projet

| Matériel/Fonctionnement |  | Montant (toutes charges incluses) |
|-------------------------|--|-----------------------------------|
| .                       |  | €                                 |
| <b>Total</b>            |  | <b>0 €</b>                        |

### Dotation mig

| Nom          | Poste | % ETP muco | Montant % ETP (toutes charges incluses) |
|--------------|-------|------------|---|
| .            | .     | 0          | 0 €                                     |
| <b>Total</b> |       | <b>0</b>   | <b>0 €</b>                              |

### Rapport PIRAMIG

**Montant de la T2A : 0 €**

**PROJET DE L'ANNÉE 2023**

Titre du projet : .

S'agit-il de la poursuite d'un projet  
débuté en 2022 : Non

**Résumé**

---

.

**Contexte, justification du projet**

---

.

**Objectifs (principal et secondaire)**

---

.

**Patients et méthodes**

---

*(en précisant le nombre de patients concernés, les techniques et matériels utilisés, les méthodes d'évaluation et si besoin les méthodes statistiques)*

.

**Résultats attendus et retombées potentielles**

---

.

**Rôles et temps consacré de chaque professionnel dans le projet**

---

.

**Planning prévisionnel sur 2 ans**

---

.

**Curriculum vitae simplifié du responsable du projet**

---

.

|  |
|--|
| <b>DEMANDE DE SUBVENTION DE L'ANNÉE 2023</b> |
|--|

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

**Personnel à financer via l'organisme de tutelle**

Organisme gestionnaire : . - .

| Prio-<br>rité  | Nom | Poste | ETP<br>muco | Durée<br>demandée<br>(en mois) | Montant<br>%ETP<br>annuel |
|----------------|-----|-------|-------------|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Total :</b> |     |       |             |                                | <b>0 €</b>                |

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>Somme totale demandée :</b> | <b>0 €</b> |
|--------------------------------|------------|

**Financements demandés auprès d'autres organismes**

| Nom de l'organisme de<br>financement | Type d'organisme | Budget | Etat du<br>financement |
|--------------------------------------|------------------|--------|------------------------|
|--------------------------------------|------------------|--------|------------------------|

**PIÈCES JOINTES**

**Pièces jointes complémentaires**

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