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

DEMANDE DE SUBVENTION - RÉSEAU DE SOINS MUCO

DEMANDEUR

Demandeur

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

Référents

Délégué Territorial « Vaincre » ou son représentant :
Nom : . .
Téléphone : .
E-mail : .
CRCM concerné : .

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

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

Membres du réseau

Nom des CRCM inclus dans le réseau	Responsable
..	. .
.	. .

Établissement de tutelle (avec lequel la convention sera signée)

Nom de l'établissement :
Adresse :

Directeur de l'établissement
Nom :
Téléphone :
E-mail :

Contact administratif
Nom :
Téléphone :
E-mail :

Responsable des Ressources Humaines
Nom :
Téléphone :
E-mail :

Contact financier

Nom :

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

Nom des CRCM inclus dans le réseau (et équipes hospitalières associées)	Responsable	Nombre de patients
..	. .	0
.	. .	0

Réseau financé par la DRDR (Dotation Régionale des Réseaux) ou le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) ?

Autres subventions

Précisez la(les)quelle(s), montants

Associations de patients :.

Laboratoires :.

Prestataires de services :.

Fonds privés :.

Autres :.

FICHE D'INFORMATIONS

Membres du comité de pilotage du réseau

Nom	Qualité	
. .	.	**Tél. : .** **E-mail :** **.**

Cellule de coordination

Nom	Qualité	
. .	.	**Tél. : .** **E-mail :** **.**

RAPPORT D'ACTIVITÉS GLOBAL DU CENTRE 2022

Rapport d'activités de l'année 2022

.

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 ?

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 réentrainement 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 : 0

Y 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'entrainements :

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/lien 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 : 0

Y 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'entrainements :

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 réentrainement à l'effort/coaching :

Nombre de Patients que vous avez accompagné dans le cadre de réentrainement 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/lien 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 EN 2022

Rencontres formalisées

Thèmes abordés	
Journée sur thème annuel « Activité physique, sport et réhabilitation » :	
Information médicale :	
Organisation :	
Communication du réseau :	

Le réseau a-t-il organisé des rencontres pour ses adhérents ? Utilisez-vous un questionnaire de satisfaction ? Si non, envisagez-vous de le faire ?

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
.	. .		.

Matériels financés en 2022

Libellé du matériel		Montant (toutes charges incluses)
.		€
Total		**0 €**

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

Somme totale demandée :	**0 €**

PIÈCES JOINTES

Pièces jointes complémentaires

. :	cliquez ici pour voir le programme