|  |
| --- |
| ***Sur ce modèle de convention…******Le présent document est un modèle de convention de coopération, rédigé par la Fédération hospitalière de France, qui a été concerté au sein de fédérations régionales et par des directions d’établissements hospitaliers.******Il propose une trame à destination des établissements de santé publics dans le cadre du processus d’autorisation d’activité. Pour rappel, certaines activités, afin d’être autorisées, nécessitent la mise en œuvre d’un partenariat avec un autre établissement. Celui-ci rend alors accessible l’une de ses activités ou l’un de ses équipements, dès lors que ces derniers ne sont pas détenus par l’hôpital demandeur de l’autorisation, mais nécessaire en matière de bon fonctionnement.******Ce modèle de convention s’adresse aussi bien à des partenariats public/public que public/privé.******Lors du dépôt du dossier auprès de l’ARS, la présente convention signée des parties doit être jointes au dossier, ou a minima une lettre d’engagement. Dans ce cas, la convention doit avoir été conclue au moment de la déclaration de début de l’activité.******Cette convention peut être librement modifiée par chaque établissement.*** ***En effet, au-delà du cadrage règlementaire utile dans ce type de collaboration qu’elle propose, elle a vocation à être un appui à la conclusion des partenariats nécessaires à la réalisation des activités demandées.******La présente convention vous invite ainsi à ouvrir une discussion avec le partenaire envisagé sur les modalités de cette coopération, et plus largement sur la collaboration qui lie les deux structures (partage de la PDSES, renforcement de la prise en charge en aval des patients par l’un ou l’autre des deux établissements, etc).******Elle a donc vocation à être adaptée autant que de besoin au contexte local.*** |

**CONVENTION DE COOPERATION CONDITIONNANT L’AUTORISATION D’ACTVITE D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

**Entre, d’une part** :

*L’Etablissement 1*, titulaire de l’autorisation de HAD mention... situé au … et représenté par … en sa qualité de … ;

**Et d’autre part :**

*Etablissement 2*, titulaire de l’autorisation de …, situé au … et représenté par … en sa qualité de … ;

Ci-après dénommé les **parties**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.1110-4 , R. 6123-139 à R. 6123-148 et D. 6124-194 à D. 6124-205 ;

Vu l’ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d’activité de soins ;

Vu le décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu le décret 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l’activité d’hospitalisation à domicile ;

Vu l’instruction N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l’autorisation d’activité de soins d’hospitalisation à domicile ;

Vu le Projet régional de santé de la région XXXX + date + durée

Vu l’autorisation de …. accordée par décision (N° + date + date d’effet / durée) à *l’Etablissement* 1 ;

 Vu l'autorisation de … accordée à l*’Etablissement 2 ;*

Vu la feuille de route stratégique de l’HAD 2021-2026 ;

**Préambule**:

Dans le cadre de la réforme des autorisations d’activités de soins et par la présente convention*, l’Etablissement 1* et *l’Etablissement 2* formalisent leur coopération afin de permette à l’*Etablissement 1* d’organiser et d’assurer la continuité du parcours de soins des patients en conformité avec les exigences liées à l’autorisation d’hospitalisation à domicile.

Aux termes de l’article R6123-139 du code de la santé publique, l'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. L’autorisation délivrée au titulaire peut comporter une ou plusieurs mentions parmi les mentions « socle », « réadaptation », « ante et post-partum » et « enfants de moins de trois ans ».

Aux termes de l’article R6123-143 du code de la santé publique, la mention « réadaptation » a pour objet d’assurer, au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d’activité.

Aux termes de l’article R6123-145 du code de la santé publique, la mention « ante et post-partum » a pour objet d’assurer l’hospitalisation à domicile des femmes avant et après l’accouchement.

Aux termes de l’article R6123-147 du code de la santé publique, la mention « enfants de moins de trois ans » a pour objet d’assurer l’hospitalisation à domicile des enfants de moins de trois ans. Le titulaire assure également une activité de conseil et d’expertise auprès des titulaires d’une autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile accueillant des enfants âgés de trois à dix-huit ans ou des enfants relevant d’une prise en charge en soins palliatifs ou fin de vie, lorsque ces derniers le sollicitent.

La convention a pour objectif de préciser les modalités de mise en œuvre du partenariat et les engagements de chaque partie.

**Il est convenu et arrêté ce qui suit :**

**ARTICLE 1 : Objet de la convention**

|  |
| --- |
| ***L’article 1 recense l’ensemble des coopérations nécessaires à l’obtention d’une autorisation de HAD, dès lors que l’activité ou l’équipement indispensable n’est pas déjà détenu par l’établissement demandeur.******Les items sont classés par mention. Ne conserver que les mentions utiles.*** |

* 1. **Motifs des conventions spécifiques pour les titulaires de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « socle » [[1]](#footnote-1).**

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles) :

[ ]  La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation **« socle »** d’hospitalisation à domicile, sur le site de l’établissement 2, d’un accès :

*[ ]  À une structure autorisée à exercer l'activité de réanimation permettant le transfert du patient ;*

*[ ]  À une structure autorisée à exercer l'activité de médecine sous forme d'hospitalisation complète permettant le transfert du patient ;*

*[ ]  À une structure autorisée à exercer l'activité de chirurgie sous forme d'hospitalisation complète permettant le transfert du patient.*

* 1. **Motifs de convention des titulaires de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation » [[2]](#footnote-2).**

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles) :

[ ]  La prise en charge conjointe des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation **dérogatoire** d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation » avec l’établissement 2 titulaire d’une autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile comportant la mention « socle » ;

[ ] La prise en charge conjointe des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation » avec l’établissement 2 titulaire d’une autorisation de soins médicaux et de réadaptation sous forme d’hospitalisation complète, permettant d’assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d’activité.

[ ]  L’organisation des modalités d’admission directe sous forme d’hospitalisation complète des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation », au sein d’une structure de l’établissement 2 autorisée à exercer l’activité de soins médicaux et de réadaptation. Dans cette situation, la convention intervient lorsque l’établissement 1 organise la prise en charge des patients prévue au premier alinéa de l’art. R. 6123-143 en interne.

* 1. **Motifs de convention des titulaires de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « ante et post-partum » [[3]](#footnote-3).**

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles) :

[ ]  La prise en charge conjointe des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation **dérogatoire** d’activité d’hospitalisation à domicile mention « ante et post-partum » avec l’établissement 2 titulaire d’une autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile comportant la mention « socle ».

[ ]  La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’hospitalisation à domicile « ante et post-partum » d’un accès, au sein de l’établissement 2 qui dispose d’une structure autorisée à pratiquer l’activité d’obstétrique permettant d’organiser, en cas de nécessité, le transfert de la patiente.

**1.4 Motifs de convention des titulaires de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « enfant de moins de 3 ans » [[4]](#footnote-4).**

La présente convention a pour objet (cocher les mentions utiles) :

[ ]  Une prise en charge conjointe des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation **dérogatoire** d’activité d’hospitalisation à domicile mention « enfant de moins de 3 ans » avec l’établissement 2 titulaire d’une autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile comportant la mention « socle ».

[ ]  L’accès pour les patients de l’établissement titulaire de l’autorisation d’hospitalisation à domicile d’enfants de moins de 3 ans, au sein de l’établissement 2, à une structure autorisée à l’activité de réanimation néonatale permettant, en cas de nécessité, le transfert du patient.

[ ]  L’accès pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’hospitalisation à domicile d’enfants de moins de 3 ans, au sein de l’établissement 2 à une structure autorisée à l’activité de traitement du cancer, sous forme d’hospitalisation complète et réalisant des actes d’oncohématologie pour les prises en charge en oncohématologie.

[ ]  L’appui à la prise en charge des nouveau-nés et nourrissons issus d’un service de néonatalogie de l’établissement 1, par l’établissement 2 qui dispose d’une structure autorisée à l’activité de néonatalogie sous forme d’hospitalisation complète.

**ARTICLE 2 : Champ d’application**

La présente convention sera exécutée dans le ressort de l’aire géographique mentionnée à l’article R. 6123-140 du code de la santé publique pour laquelle l’activité de l’établissement 1 est autorisée au titre de sa/ses mentions (préciser les mentions concernées par la convention) : (aire géographique à préciser en annexe : liste des communes couvertes : Libellés et codes insee).

[OU]

le ressort de l’aire géographique suivante : si périmètre distinct de l’autorisation (aire géographique à préciser en annexe : liste des communes couvertes : Libellés et codes insee)

**ARTICLE 3 : Modalités de mise en œuvre de la convention**

|  |
| --- |
| **Dans l’article 3, les parties sont invitées à préciser les modalités utiles de mise en œuvre de la convention pour les items de coopération retenus à l’article 1. Elle est à compléter selon les modes de fonctionnement en vigueur dans les établissements.****Dans le cas où il a été convenu à l’article 1 que la présente convention aurait pour objet d’organiser :** * **La prise en charge conjointe des patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation » avec l’établissement 2 titulaire d’une autorisation de soins médicaux et de réadaptation sous forme d’hospitalisation complète,**
* **La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation d’activité d’hospitalisation à domicile mention « réadaptation » d’une structure au sein de l’établissement 2 autorisée à exercer l’activité de soins médicaux et de réadaptation sous forme d’hospitalisation complète organisant les modalités d’admission directe du patient. Dans cette situation, la convention intervient lorsque l’établissement 1 organise la prise en charge des patients prévue au premier alinéa de l’art. R. 6123-143 en interne,**

**Les parties sont tenues, selon l’article art. R. 6123-144 III du code de la santé publique, de prévoir les modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins, les modalités de transmission et de suivi des informations, les prestations pouvant être délivrées, les modalités de rémunération de ces prestations, les modalités d'admission directe des patients ainsi que les modalités de relais.****Dans le cas où il a été convenu à l’article 1 que la présente convention aurait pour objet d’organiser :*** **L’appui à la prise en charge des nouveau-nés et nourrissons issus d’un service de néonatalogie de l’établissement 1, par l’établissement 2 qui dispose d’une structure autorisée à l’activité de néonatalogie sous forme d’hospitalisation complète,**

**Les parties sont tenues de préciser les modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant les modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins, les modalités de transmission et de suivi des informations, les prestations pouvant être délivrées, les modalités de rémunération de ces prestations, l’organisation du recours à l’avis d’un médecin spécialisé en néonatalogie ainsi que les engagements de chaque établissement dans leur mise en œuvre.** |

3.1 – …

…

3.2 – …

…

3.3 – …

**...**

**ARTICLE 4 : Engagements des parties**

|  |
| --- |
| **L’article 4 propose des exemples d’engagements types des parties signataires de la présente convention.** **Les engagements proposés permettent de repréciser les principes qui concourent à une prise en charge de qualité dans les modalités prévues à la convention.****Ils peuvent être modulés, supprimés, d’autres peuvent être ajoutés, selon le contexte local propre à l’établissement, et demeurent des suggestions.****La conclusion d’une convention, dans le cadre d’un renouvellement ou d’une demande d’autorisation, peut ainsi être l’opportunité d’ouvrir une discussion avec le partenaire, et éventuellement l’ARS, sur la coopération sur le territoire.****Plusieurs points, directement liés à la présente convention, ou plus généraux, peuvent être discutés à cette occasion, comme par la participation effective du partenaire à la PDSES, la facilitation de prises en charge en aval par l’une ou l’autre des structures, etc** |

 **4.1 – Engagements réciproques des établissements.**

Les parties s’engagent à mettre en œuvre une coopération assurant une continuité des soins si besoin 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour les mentions visées aux 1.3 et 1.4 de la présente convention. Cet engagement se fait en fonction des capacités disponibles au sein de l’établissement 2.

Afin d’établir la nécessité d’activer le partenariat prévu par la présente convention, les équipes médicales de l’*établissement 1* engagent une concertation avec les équipes médicales concernées au sein de l’*Etablissement 2*.

À cet égard, les équipes médicales s'assureront que l’orientation du patient est indispensable du fait de besoins spécifiques à sa prise en charge et que ceux-ci correspondent aux segments d’activité visés et circonscrits par l’article 1 ci-dessus.

Ils conviennent que la mise en œuvre de la présente convention peut être réalisée à tout moment (jour, nuit, week-end, jour férié). Aucun des deux établissements ne saurait ainsi opposer à l’autre l’impossibilité d’assurer la prise en charge et le retour du patient autrement que si l’état de santé du patient ne le permet pas, ou dans l’hypothèse de circonstances exceptionnelles et suite à un commun accord avec les équipes médicales de *l’Etablissement 2*.

Ensemble, les établissements s’engagent à s’appuyer sur des outils de communication (préciser) facilitant la coordination des soins, l’information et les discussions entre équipes médicales sur la pertinence, les modalités de la prise en charge ainsi que sur les évolutions de l’état de santé du patient dans le service.

Chaque transfert de patient est notifié à l’autre établissement, au mieux, dans un délai permettant la prise en charge du patient, afin d’organiser l’accueil du patient par l’équipe médicale et soignante dans les meilleures conditions.

Les parties s’engagent à prendre toutes les mesures de sécurité nécessaires au respect de la confidentialité et de l’intégrité des informations transmises ou acquises dans le cadre de l’exécution de la présente convention.

* 1. **Engagements de *l’établissement 1***

L’établissement 1 s’engage à assurer la continuité des soins le cas échéant 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour les mentions visées aux 1.3 et 1.4 de la présente convention.

Dans le cadre d’une mise en relation des Parties relevant des hypothèses prévues aux points 1.2, 1.3 et 1.4 de la présente convention, l’établissement 1 s’engage à poursuivre la prise en charge du patient sans délai, une fois celle dans l’*Etablissement 2* réalisée selon les modalités prévues par la présente convention.

Il ne pourra pas être opposé d’arguments relatifs à l’heure ou au jour de la prise en charge pour justifier qu’elle ne soit pas poursuivie par l’*établissement 1*.

Le cas échéant, afin de faciliter la mise en œuvre de la présente convention et de permettre à l’Etablissement 2 d’assurer ses obligations de permanence et de continuité des soins, les établissements s’accordent pour que des prises en charge d’aval puissent être réalisées de *l’Etablissement 2* vers *l’Etablissement 1*, sous réserve de la compatibilité de l’état de santé des patients.

*L’établissement 1* s’engage à ne pas solliciter une mise en œuvre de la convention pour des situations pouvant être prises en charge sur site ou qui dépasseraient le périmètre arrêté par l’article 1 de la présente convention.

L’Etablissement 1 s’engage à mettre à disposition de façon anticipée l’ensemble des informations nécessaires à l’admission rapide du patient et à assurer l’information du médecin traitant, dans les conditions prévues par le second alinéa du III de l’article L. 1110-4 du code de la santé publique.

*L’établissement 1* s’engage à remplir la fiche de liaison en annexe de la présente convention ou transmettre, a minima, toutes les informations qui seront nécessaires pour assurer la prise en charge du patient dans le cadre des coopérations prévues aux points 1.2., 1.3 et 1.4.

**4.3 – Engagements de l’Etablissement 2**

L’établissement 2 s’engage à assurer la continuité des soins si besoin 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour les mentions visées aux 1.3 et 1.4 de la présente convention. Dans le cadre et selon les limites de la procédure hôpital en tension, il se réserve toutefois la possibilité de refuser un patient.

Après discussion avec l’équipe médicale de l’établissement 1 sur la pertinence et les modalités de la prise en charge d’un patient, l*’Etablissement 2* s’engage à mettre à disposition les moyens humains et matériels dont il dispose dans le cadre des modalités de coopération prévues à la présente convention, dans le respect de la continuité de la prise en charge, de la qualité et de la sécurité des soins prodigués au patient.

L’*Etablissement 2* s’engage à prendre en charge les patients de *l’établissement 1*, sous réserve que leur situation médicale le permette, dès lors que les besoins de leurs prises en charge répondent aux modalités de coopération prévues à la présente convention.

*L’établissement 2* peut, dans la mesure du possible, assurer un conseil téléphonique pour les équipes de *l’établissement 1* après le retour du patient au sein de l’établissement 1. En cas de besoin et sous réserve de places disponible, *l’Etablissement 2* pourra réadmettre le patient, si son état le nécessite, dans les mêmes conditions qu’une première admission.

En cas de décès du patient au sein de *l’Etablissement 2*, celui-ci s’engage à informer sans délai la famille ou le représentant légal ainsi que *l’Etablissement 1*, en utilisant les coordonnées précisées dans la fiche de liaison (annexe).

**ARTICLE 4 : Consentement du patient**

Les parties s’engagent à respecter le droit à l’information et au consentement des patients conformément aux articles L1111-2 et L1111-4 du code de la santé publique.

Le médecin de *l’Etablissement 1* donne au patient pour lequel un transfert est envisagé, une information orale, claire, loyale et adaptée sur son état, les investigations et les soins qui lui seront proposés dans le cadre de la mise en œuvre de la convention et s’efforcera de recueillir son consentement écrit.

Sauf urgence ou impossibilité, si le patient est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin doit informer du transfert la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches.

Les équipes de *l’établissement 2* qui prennent en charge le patient doivent s’assurer qu’une information loyale, claire et adaptée lui a été donnée par les équipes de l’établissement 1, en accord avec sa situation médicale à son arrivée dans *l’établissement 2* et le cas échéant, compléter ces informations.

**ARTICLE 5 : Responsabilité**

Chaque partie à la convention est responsable du patient tout au long du séjour au sein de son établissement.

En conséquence, la responsabilité civile et administrative d’un établissement de santé ou d’un professionnel de santé exerçant à titre libéral, susceptible d’être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d’atteintes à la personne au cours d’une activité de prévention, de diagnostic ou de soins relevant de l’exécution de la présente convention est couverte par l’assurance à laquelle ils sont tenus de souscrire au terme de l’article L1142-2 du Code de la santé publique.

**ARTICLE 6 : Facturation et suivi financier des prestations**

Dans le cadre d’un transfert d’une durée inférieure à une nuit d’hospitalisation, le séjour du patient dans *l’établissement 1* n’est pas interrompu. *L’Etablissement 2* facture à *l’établissement 1* les prestations effectuées. Pour ce faire, le Département de l’information médicale de *l’Etablissement 2* transmet les cotations d’actes réalisés à *l’établissement 1*.

Pour les hospitalisations d’au moins une nuit au sein de l’*Etablissement 2*, ce dernier génère un nouveau séjour auprès de l’Assurance maladie qui lui facture directement la prise en charge.

**ARTICLE 7 : Suivi annuel de l’exécution**

Les parties s’engagent, par leur représentant ou un délégué, à réaliser une évaluation annuelle des conditions d’exécution de la présente convention et à discuter des pistes d’amélioration éventuelles de la présente convention. Au besoin, les parties pourront amender la présente convention par voie d’avenant.

**ARTICLE 8 : Date d’effet, durée, renouvellement**

**8.1 – Durée de la convention**

L’exécution des dispositions de la présente convention est subordonnée à l’autorisation de médecine accordée à *l’établissement 1.*

La présente convention ne peut être mise en œuvre qu’à la date à laquelle prend effet l’autorisation de médecine de *l’Etablissement 1.* Elle est conclue pour une durée de sept ans, renouvelable exclusivement par voie d’avenant.

Elle devient caduque lors de l’expiration de l’autorisation de médecine de l’*Etablissement 1* ou de l’autorisation de... de *l’Etablissement 2* ou sur décision du Directeur général de l’ARS d’en suspendre tout ou partie du contenu.

**8.2 – Hypothèse de résiliation**

En cas d’inexécution totale ou partielle des dispositions de la présente convention, l’établissement défaillant dispose d’un délai d'un mois pour s’exécuter à compter de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception de l’autre établissement. A défaut d’exécution de l’établissement défaillant à l’issu de ce délai, la convention est résiliée. Cette résiliation est notifiée à l’établissement défaillant par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans cette hypothèse, les parties s’engagent à établir, sans délai, une convention de substitution avec un établissement tiers, afin de garantir la continuité des filières de soins des patients. Le cas échéant, les parties alerter le Directeur général de l’ARS de ladite rupture et des conséquences éventuelles sur le parcours de soins de leurs patients.

**8.3 - Force majeure.**

La suspension de l’exécution de la convention ou la modification de ses dispositions peut être demandée par l’une des parties si elle se trouve dans l’impossibilité de répondre à ses obligations du fait d’un évènement extérieur, imprévisible et irrésistible. Le cas échéant, les modifications interviendront par voie d’avenant.

**Article 9 – Litige.**

En cas de désaccord sur l’interprétation ou l’exécution de la présente convention, les parties s’engagent à chercher une solution amiable. Si les parties ne parviennent pas à un accord, tout litige relatif à l’interprétation ou à l’exécution de la présente convention sera soumis au tribunal administratif compétent.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à XXXX, le XXX

[Préciser si signataire dispose d’une délégation de signature]

**Annexe : Informations à transmettre au médecin de l'établissement 2 : FICHE DE LIAISON**

|  |
| --- |
| **Cette annexe propose, de manière non obligatoire, une fiche de liaison type. Les établissements y sont invités à lister puis à compléter, au moment opportun, l’ensemble des informations qu’ils jugent indispensables et utiles de transmettre à l’autre partie (informations concernant le patient transféré, résumé clinique, antécédents significatifs connus, traitements en cours, bilan des fonctions vitales, et toute autre information pertinente).** |

Rappel : Le médecin de l’établissement 2 qui décide de transférer un patient vers l’établissement 1 met en place la démarche suivante :

1. Le médecin de l’établissement 2 décide du transfert du patient.
2. Le médecin de l’établissement 2 appelle un responsable médical du service de réanimation [et/ou surveillance continue, et/ou soins intensifs] de l’établissement 1 pour demander le transfert.
3. Le médecin du service sollicité donne son accord, le diffère ou refuse le transfert
4. En cas d'accord, le médecin de l’établissement 2 décide des modalités de transport du patient, en concertation avec le SAMU correspondant.
5. En cas d'accord, le médecin de l’établissement 2 confirme sa décision avec la fiche de liaison correspondante, accompagnée des résultats des examens réalisés. **La fiche de liaison accompagne le patient.**

Cette fiche est à transmettre au SAMU après accord de transfert, par fax.

**1. Expéditeur :**

#### Nom du Médecin:

#### Etablissement:

#### Service :

Coordonnées de l’unité d’hospitalisation :

N° de téléphone :

N° de télécopie :

**2. Destinataire :**

#### Nom du Médecin:

#### Établissement:

#### Service :

#### Coordonnées de l’unité d’hospitalisation :

#### N° de téléphone :

#### N° de télécopie :

**3. Informations concernant le patient transféré :**

#### Nom : ...............................................Prénom :.....................................Date de naissance :........./........../...................

Personne de confiance : Nom : Prénom : Tel :

Médecin traitant: Nom : Prénom : Tel

Le patient a-t-il exprimé des directives anticipées pour :

une éventuelle limitation des traitements actifs ? OUI NON

un refus de prélèvement d’organes Oui Non

Si le patient est mineur ou incapable majeur : joindre l’autorisation des parents ou du tuteur légal

Délai d'obtention du transfert ……………………………………………………………………………………………………………

1. **Résumé clinique**

1. **Antécédents significatifs connus**

1. **Traitements en cours**

1. **Bilan des fonctions vitales (au moment du transfert)**

 Oui Non

Malade conscient : ⬜ ⬜

Nécessité d’une analgésie : ⬜ ⬜

Nécessité d’une sédation : ⬜ ⬜

Patient porteur d’une BMR ⬜ ⬜

État respiratoire :

Ventilation spontanée : ⬜ ⬜

Débit Oxygène : …........... l/min

Ventilation mécanique  ⬜ ⬜

Paramètres : fr. :…...../min vol courant :…..........ml

FiO2 : …..........% PEP : …........cmH20

SpO2 : …........%

État circulatoire : Oui Non

Stabilité hémodynamique : ⬜ ⬜

Pouls : ........./ min TA : ........../...........

Troubles du rythme : ⬜ ⬜

Diurèse conservée : ⬜ ⬜

Utilisation de médicaments vasoactifs : ⬜ ⬜

Hémodialyse chronique ⬜ ⬜

Hémofiltration récente ⬜ ⬜ date ………. heure………..

Date de mise en place du KT de dialyse ou d’hémofiltration

FAV : ⬜ ⬜

Localisation de la FAV : ………………………..

**8. Divers**

 Oui Non

VVP) ⬜ ⬜

KT artériel ⬜ ⬜

Pace maker : ⬜ ⬜

Défibrillateur : ⬜ ⬜

Seringues électriques : ⬜ ⬜

Nombre :

S.E. 1 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 2 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 3 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E.4 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

S.E. 5 : médicament :..........................................concentration :....................../.............ml .débit : .................ml/h

**9. Drainages**

 Oui Non

Sonde Urinaire : ⬜ ⬜

Sonde Nasogastrique : ⬜ ⬜

Drain thoracique : ⬜ ⬜

Consignes chirurgicales en cas de drainages chirurgicaux (digestifs entre autre) ……………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Conclusion - Commentaires:**

***Signature***

1. Art. R. 6123-142, CSP [↑](#footnote-ref-1)
2. Art. R. 6123-144, CSP [↑](#footnote-ref-2)
3. Art. R. 6123-146 et D. 6124-197 (III), CSP [↑](#footnote-ref-3)
4. Art. R. 6123-48, CSP [↑](#footnote-ref-4)