|  |
| --- |
| ***Sur ce modèle de convention…***  ***Le présent document est un modèle de convention de coopération, rédigé par la Fédération hospitalière de France, avec l’appui de fédérations régionales et de 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’ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES ADULTES**

**Entre, d’une part** :

*L’Etablissement 1*, titulaire de l’autorisation de soins critiques le cas échéant mention …, situé au … et représenté par … en sa qualité de … ;

**Et d’autre part :**

*L’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. 6123-33  à R. 6123-38-2 et D. 6124-27 à D. 6124-31-5;

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

Vu le [décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668536)

Vu [Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631)

Vu l’arr[êté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668855)

Vu l’instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

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*

**Préambule**:

Dans le cadre de la présente convention, *l’Etablissement 1* et *l’Etablissement 2* organisent et assurent la continuité du parcours de soins des patients de *l’Etablissement 1* afin de sécuriser l’accord de son autorisation d’activité de soins critiques mention … .

Aux termes de l’article R6123-34-3 du code de la santé publique, l’activité de soins critiques correspond à la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

L'unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Les unités de soins intensifs polyvalents contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires en l'absence d'une unité de réanimation sur le site assurent la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. Lorsque le patient présente une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation.  
  
Les unités de soins intensifs de spécialité (cardiologie, neurologie vasculaire, hématologie) assurent la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigue liée à une pathologie relevant de cette spécialité, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.

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 soins critiques, 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.*** |

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 de la mention 1° « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant », sous la modalité soins critiques adultes, au sein de l’établissement 2 :

 De moyens d’hospitalisation de médecine à temps complet, adaptés à l’âge.

D’un accès à des examens d’imagerie médicale :

Par radiologie conventionnelle,

D’angiographie par scanner et échographie,

Par IRM,

Par des actes de radiologie interventionnelle.

D’un accès à des examens de :

Bactériologie,

Hématologie,

Biochimie,

D’hémostase et aux gaz du sang.

D’un accès à des équipements de biologie médicale à proximité de l’établissement 1 permettant les examens urgents de :

Gaz du sang,

Lactate,

Sodium et potassium,

Hémoglobine

Glycémie.

La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation de la mention 2° « Soins intensifs polyvalents dérogatoires », sous la modalité soins critiques adultes, au sein de l’établissement 2 :

De moyens d’hospitalisation de médecine à temps complet, adaptés à l’âge ;

D’un accès à des examens d’imagerie médicale :

Par radiologie conventionnelle,

D’angiographie par scanner et échographie,

D’un accès à des examens de :

Bactériologie,

Hématologie,

Biochimie,

Relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang.

D’un accès à des équipements de biologie médicale délocalisée permettant de réaliser des examens urgents de :

Gaz du sang,

Lactate,

Sodium et potassium,

Hémoglobine

Glycémie.

D’un accès à une unité de réanimation adaptée à l’âge, et permettant une prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins

La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation de la mention 3° « Soins intensifs de cardiologie », sous la modalité soins critiques adultes, au sein de l’établissement 2 :

D’un accès à une unité de chirurgie cardiaque et vasculaire,

D’un accès à une unité de réanimation,

D’un accès à un plateau technique d’imagerie médicale, permettant la réalisation vingt-quatre heures sur vingt-quatre d’examens :

Par scintigraphie

Par IRM

D’un accès à un laboratoire de cathétérisme interventionnel coronaire permettant la réalisation vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l’année, de revascularisation coronarienne percutanée.

La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation de la mention 4° « Soins intensifs de neurologie vasculaire », sous la modalité soins critiques adultes, au sein de l’établissement 2 :

D’un accès à une structure des urgences,

D’un accès à une unité de réanimation,

D’un accès à une unité de neurochirurgie.

D’un accès à un plateau technique d’imagerie médicale sur site permettant la réalisation, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, d’exploration cérébrales par :

Scanner

IRM.

D’un accès à un plateau de cathétérisme interventionnel assurant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, l’ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques liés aux pathologies vasculaires cérébrales.

La mise à disposition pour les patients de l’établissement 1 titulaire de l’autorisation de la mention 5° « Soins intensifs d’hématologie », sous la modalité soins critiques adultes, au sein de l’établissement 2 :

D’un accès à une unité de greffe de cellules souches hématopoïétiques

D’un accès à une unité de réanimation,

D’un accès à un plateau technique permettant vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, la réalisation d’examens d’imagerie médicale par scanner et IRM.

**ARTICLE 2 : Modalités de mise en œuvre de la convention**

|  |
| --- |
| ***Dans l’article 2, 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.***  ***L’article peut notamment porter sur :***   * ***Les modalités d’admission du patient dans les établissements*** * ***Les modalités de prise en charge du patient par l’une et l’autre des structures*** * ***Les modalités de sortie du patient*** * ***Les modalités de transport du patient*** * ***Le nom des référents à contacter*** * ***…*** |

2.1 – …

…

2.2 – …

…

2.3 – …

**...**

**ARTICLE 3 : Engagements des parties**

|  |
| --- |
| **L’article 3 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** |

* 1. – Engagements réciproques des établissements.

*3.1.1 – Engagements généraux des établissements.*

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

Dans le cadre de cette concertation, les équipes médicales de l’établissement 1 s'assurent que l’orientation du patient vers l’établissement 2 est indispensable du fait des besoins spécifiques liés à sa prise en charge et que ceux-ci correspondent aux segments d’activité visés et circonscrits par l’article 1 ci-dessus.

Les établissements s’engagent à ce que les dispositions de la présente convention puissent être exécutées à tout moment (jour, nuit, week-end, jour férié). Aucun des deux établissements ne peut ainsi opposer à l’autre l’impossibilité d’assurer la prise en charge ou 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 des deux établissements.

Les parties s’appuient sur des outils de communication facilitant la coordination des soins, l’information et les discussions entre équipes médicales des deux établissements 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, 48 heures à l’avance par téléphone, 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.

*3.1.2 Engagements des établissements* *titulaires de l’autorisation de soins critiques au respect des conditions techniques de fonctionnement*

Conformément aux dispositions de l’instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques, chaque titulaire d’autorisation de soins critiques assure, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l’accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients et leur transfert dès que leur état de santé le permet. Cette organisation se construit au besoin à l’appui du DSR de soins critiques.

Pour assurer la permanence médicale, chaque titulaire s’engage ainsi à disposer des ressources humaines suffisantes telles que listées en annexe 2.

* 1. Engagements de l’Etablissement 1

*L’Etablissement 1* s’engage à ne solliciter *l’Etablissement 2* dans le cadre des modalités prévues à la présente convention qu’en cas de nécessité relative à la prise en charge médicale d’un patient.

L’*Etablissement 1* s’engage à poursuivre la prise en charge du patient au sein de son établissement une fois que la prise en charge dans l’*Etablissement 2* aura été réalisée, selon les modalités prévues à la présente convention.

Afin d’assurer la continuité des soins du patient, la poursuite de la prise en charge au sein de l’*Etablissement 1* se fait sans délai après le passage du patient au sein de l’*Etablissement 2*. Il ne pourra pas être opposé d’arguments relatifs à l’horaire ou au jour de la fin de la prise en charge dans *l’établissement 2* pour justifier qu’elle ne soit pas poursuivie dans l’*Etablissement 1* (soir, Week end, jour férié).

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

* 1. – Engagements de l’Etablissement 2

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’Etablissement 1*, sous réserve que leur état de santé le permette, dès lors que les besoins relatifs à leur prise en charge répondent aux modalités de coopération prévues à 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.

*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 1).

**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’établissement 2* facture à *l’établissement 1* les prestations effectuées. Pour ce faire, le Département de l’information médicale de *l’établissement 2* transmet les cotations d’actes réalisés à celui de *l’établissement 1.*

Les hospitalisations d’au moins une nuit au sein de l’*Etablissement 2* génèrent un nouveau séjour qui est facturé directement par l’Etablissement 2 auprès de l’Assurance maladie.

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

Les parties s’engagent, par leur représentant ou un délégué, à réaliser une évaluation annuelle de l’ensemble des refus qu’elles auront consigné au sein d’une liste tout au long de l’année, ainsi que des conditions d’exécution. Elles discuteront également des pistes éventuelles d’amélioration de la présente convention et de toute recommandation qu’elles jugeraient opportun de formuler concernant le DSR

Au besoin, les parties pourront ouvrir de nouvelles négociations et 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, *l’Etablissement 1* 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 1 : 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***

**Annexe 2 : Liste des ressources humaines nécessaires pour assurer la permanence et la sécurité des soins critiques adultes**

* Pour les activités du plateau de soins critiques (mention 1) :

1° En journée, deux médecins membres de l'équipe médicale mutualisée des deux unités

(UREA+USIP) afin d’assurer la collégialité nécessaire à la sécurité des soins ;

2° En dehors des services de jour, d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation

(MIR) ou en anesthésie-réanimation (MAR) dédié aux activités des deux unités.

* Pour les éventuelles autres USIP non contigües (mention 1), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d’un MIR ou MAR pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

2° L ’organisation de la ligne de garde sur site est distincte de celle dédiée aux activités des deux unités du plateau de soins critiques dès lors que l'USIP est à distance du plateau de soins critiques.

* Pour l’USI de spécialité (mention 1), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins

critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la

discipline de l’USI de spécialité, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la

sécurité des soins

* Pour l’USIP dérogatoire (mention 2), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins

critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle par un MIR ou MAR pour l'USIP pouvant intervenir dans des

délais compatibles avec la sécurité des soins.

* Pour l’USIC (mention 3), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins

critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, pouvant intervenir

dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

* Pour l’USNIV (mention 4), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins

critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en neurologie vasculaire, ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

Lorsque le titulaire est également autorisé à l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie, la présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline est exigée.

* Pour l’USIH (mention 5), en dehors des services de jour :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en hématologie, pouvant intervenir

dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.