

**Télémédecine EHPAD**

Description du projet au sein de votre établissement

**Identification de la structure demandeuse**

**Nom de la structure demandeuse** :

**Statut** :

**N° FINESS** :

**Adresse**:

**Tél :**

**Mail** :

**Nom du chef d’établissement** :

**Nom du médecin coordonnateur de l’EHPAD** :

**Nom de l’animateur interne de l’EHPAD** :

**Nom du référent informatique** **de l’EHPAD** (interne ou prestataire) :

**Les caractéristiques de votre projet**

|  |
| --- |
| ***Médecin(s) téléconsultant(s) auprès de qui l’EHPAD souhaite recourir des actes de télémédecine. (Préciser noms des médecins, spécialités, et le cas échéant service et établissement de santé)*** |

|  |
| --- |
| ***Besoins médicaux des résidents que couvrira cette filière de télémédecine*** |

***Solution logicielle utilisée par le médecin téléconsultant, pour réaliser l’acte de téléconsultation et/ou de téléexpertise***

|  |
| --- |
| ***Besoins techniques à couvrir (matériel informatique, objets connectés … à définir avec le(s) médecin(s) téléconsultant(s))*** |

|  |
| --- |
| ***Noms et professions des agents de l’EHPAD qui accompagneront le résident lors de l’acte de télémédecine***  ***Organisation d’une prise de rendez-vous (à convenir avec le médecin téléconsultant)*** |

**Les caractéristiques actuelles du site**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Questions** | | **Réponses** | |
| CH le plus proche : distance & temps de trajet | |  |
| Centre de secours le plus proche : distance & temps de trajet | |  |
| PUI ? ou à défaut pharmacie la plus proche | |  |
| Comment se répartit la présence médicale/ paramédicale au sein de mon établissement ? (jour et nuit) | |  |
| Quels sont les professionnels potentiellement concernés par l’accompagnement du patient lors de la séance de téléconsultation ? (noms) | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qui gère l’informatique dans l’établissement ? |  |
| L’établissement dispose-t-il d’une connexion en 3 ou 4G ? |  |
| L’établissement est en wifi ? |  |
| Débit internet constaté après analyse sur un navigateur (outil recommandé : via fast.com par exemple, le cas échéant, merci de mentionner la source) |  |
| Quel est mon logiciel de soins ? |  |
| Quels sont mes dispositifs de sécurité informatique (proxy, …) ? |  |
| Est-ce votre prestataire informatique a vérifié les pré-requis de la solution logicielle envisagée ?  et si oui, votre établissement atteint-il ces pré-requis ? | Oui/Non  Oui/Non |
| Disposez-vous d’une messagerie sécurisée ? si oui laquelle |  |

**Demande de financement**

Joindre les devis à la demande

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Descriptif** | **Quantité** | **TTC** |
|  |  |  |  |
| **Matériels** |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
| **Total matériels** |  |  | **€** |

**Rédacteur :**

**Nom :**

**Prénom** :

**Profession** :

**Courriel**:

**Tél** :

**Date**: