 

Formulaire à remplir par le porteur du projet qui candidate

à la remise du PRIX décerné par l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre de la semaine sécurité des patients

 *Au préalable : Les actions éligibles sont celles qui ont été évaluées. Par conséquent,* ***les actions au stade de projet et non amorcées ne sont pas acceptées****. Les actions présentées doivent s’inscrire, soit dans la thématique retenue par le Ministère, soit dans la thématique supplémentaire éventuellement définie par l’ARS Auvergne Rhône-Alpes.*

**IDENTIFICATION Du Porteur du Projet,**

**Section à compléter en fonction du secteur de santé concerné**

**Si le projet a été mis en œuvre au sein d’un établissement de santé**

|  |  |
| --- | --- |
| Finess juridique  |  |
| Finess géographique  |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement  |  |
| Commune |  |
| Département  |  |
| Nom et prénom du correspondant de l’établissement :  |
| Téléphone  |  |
| Adresse mail  |  |

**Si le projet a été mis en œuvre au sein d’une structure médicosociale**

|  |  |
| --- | --- |
| Finess juridique  |  |
| Finess géographique  |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement  |  |
| Commune |  |
| Département  |  |
| Nom et prénom du correspondant de l’établissement :  |
| Téléphone  |  |
| Adresse mail  |  |

**Si le projet a été mis en œuvre dans le secteur libéral**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom du porteur du projet  |  |
| Numéro RPPS  |  |
| Téléphone |  |
| Mail |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement, s’il y a lieu |  |
| Commune |  |
| Département  |  |

**PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’action |  |
| Responsable de l’action |  |
| Objectif de l’action |  |
| Descriptif de l’action |  |
| Synthèse de l’action en 800 caractères |  |
| Date de mise en place de l’action |  |
| Evaluation de l’action  |  |
| Période d’évaluation de l’action |  |
| Documents annexés (titres et formats) |  |
|  |  |
|  |  |

Nous vous invitons à joindre la photo de l’équipe ayant mis en place le projet en annexe de ce formulaire.
Si vous remportez ce concours, la photo ainsi que la synthèse de l’action serviront à faire la promotion de l’action des lauréats sur le site internet de l’ARS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes à relayer sur son site internet le support produit par mon établissement et à faire promotion de l’action | Oui | Non |
|  |  |
| J’autorise l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes à relayer sur son site internet la photo de l’équipe ayant mis en place le projet |  |  |

Le présent formulaire complété par vos soins est à nous transmettre au plus tard le :

**17 Juillet 2024 à midi**.

Les candidatures reçues après cette date ne pourront pas être traitées.

Le support présentant le projet devra dans la mesure du possible être annexé au dossier.

Il est recommandé de cibler et d’annexer ensuite tout document utile à la compréhension du projet.

L’ensemble doit être transmis en **format électronique uniquement** à l’adresse suivante **:**

 ars-ara-securite-soins-vigilances@ars.sante.fr

**Nb : La semaine de la sécurité des patients aura lieu du 16 au 20 septembre 2024.**