

Référence du projet

LE DEMANDEUR

Nom Prénom

Fonction

Téléphone

E-mail

Etablissement

Service

Adresse

Si le demandeur n'est pas le responsable de l'établissement

Nom Prénom

Fonction

Téléphone

E-mail

Validation et accord du responsable

Oui Non Sans objet

Commentaires

Si vous disposez d'une **cellule qualité**, est-elle informée de l'intervention ?

Oui Non

Si oui, sera-elle présente lors de l'intervention ? Oui Non

A PROPOS DE VOTRE DEMANDE

Nature de la demande

- Soutien méthodologique pour la déclaration, la gestion et l'analyse des EIGS
- Accompagnement pour l'élaboration de plan d'actions
- Accompagnement pour l'élaboration d'un programme de gestion des risques
- Accompagnement, conseil ou expertise dans les domaines de la qualité et la gestion risques
- Mise à disposition d'outils
- Organisation de formations et d'informations sur la qualité des soins et la sécurité des patients
- Participation à des recherches dans le domaine de l'organisation des soins en vue d'optimiser la qualité des soins et la sécurité des patients
- Autre : _____

Intitulé et détails de la demande

Intitulé _____

Description

ATTENDUS

Objectifs

Décrire le pourquoi de la demande, sa contribution en termes de valeur pour la structure

Résultats attendus

(mesurables)

Description

CIBLE

Préciser les caractéristiques

Spécialité de l'établissement

- Médico-social Sanitaire Libéral Association
 Autre _____

Spécialité du service, du pôle

Type de patients ou résidents pris en charge

Nombre total de participants lors de l'intervention

Statut des participants et effectif par catégorie

- Médecin (n = __) Infirmier (n = __)
 Pharmacien (n = __) Kinésithérapeute (n = __)
 Sage-femme (n = __) Directeur (n = __)
 Aide-soignant (n = __) Responsable qualité (n = __)
 Chirurgien-dentiste (n = __) Autre _____

Niveau des participants sur le sujet

- Homogénéité
 Hétérogénéité

Motivation des participants

- Obligatoire
 Non obligatoire

MODALITÉS PRATIQUES

Modalité pédagogiques

Atelier

E-learning

Présentiel

Mixte : E-learning et présentiel

Durée de l'intervention

Indiquer le nombre de jours ou d'heures pour une intervention en présentiel, la durée pour un module e-learning..

Nombre de jours : _____

Nombre d'heures par jour : _____

Echéancier

Période d'intervention souhaitée

Date de début _____

Date de fin _____

Lieu de l'intervention

(Adresse, nom de la salle)

Avez-vous une salle à disposition ? Oui Non

Moyens mis à disposition du formateur

Micro

Ordinateur

Projection

Accès internet

Paperboard ou tableau

Interlocuteurs pour la logistique

(Identité, Mail, téléphone)

Avez-vous déjà eu une intervention sur ce thème ? Oui Non

Souhaitez-vous faire un bilan, suivi à 6 mois après l'intervention ? Oui Non

Document validé le _____ par

PASQUAL

Nom prénom

Signature

Demandeur

Nom prénom

Signature