|  |  |
| --- | --- |
| **NOM de la structure** |  |
| **Coordonnées (adresse - Numéro de téléphone - Fax - Adresse mail)** |  |
| **Période de visite souhaitée** |  |
| **Nom et fonction de la personne chargée de suivre la procédure d'accréditation** |  |

**I. Identification de la structure de santé**

**II. Données administratives de la structure de santé**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gouvernorat** |  |
| **Circonscription sanitaire** |  |
| **Nombre d'habitants du bassin de population** |  |
| **Nom et coordonnées du médecin responsable de la structure** |  |
| **Directeur de la circonscription** |  |
| **Médecin Chef de la circonscription** |  |
| **Directeur régional** |  |
| **Nom de l'hôpital de circonscription ou du groupement de rattachement** |  |
| **Type de la structure** |  |

**III. Ressources Humaines de la structure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de médecins** |  |
|  | **Nombre de sage -femmes** |  |
|  | **Nombre d'infirmier(e)s** |  |
|  | **Nombre de personnels administratifs** |  |
|  | **Nombre de techniciens supérieurs** |  |
|  | **Autres / Préciser :** |  |
|  | **TOTAL** |  |

**IV. Planning des activités de la structure**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **SAMEDI** |
| **RADIOLOGIE** |  |  |  |  |  |  |
| **LABORATOIRE** |  |  |  |  |  |  |
| **MEDECINE DENTAIRE** |  |  |  |  |  |  |
| **STERILISATION** |  |  |  |  |  |  |
| **PHARMACIE** |  |  |  |  |  |  |
| **CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE** |  |  |  |  |  |  |
| **CPN** |  |  |  |  |  |  |
| **CONSULTATION DE MEDECINE SPECIALISEE**  **(préciser pour chaque jour)** |  |  |  |  |  |  |
| **MEDECINE SCOLAIRE** |  |  |  |  |  |  |
| **VACCINATION** |  |  |  |  |  |  |
| **ENDOSCOPIE** |  |  |  |  |  |  |
| **AUTRE - Préciser :** |  |  |  |  |  |  |

**V. Équipements**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Type d'équipements disponibles** |
| **Radiologie** |  |
| **Laboratoire** |  |
| **Unité dentaire** |  |
| **Stérilisation** |  |
| **Pharmacie** |  |
| **Autres** |  |

**VI. Démarche qualité**

|  |
| --- |
|  |

Description synthétique de l’organisation qualité mise en place dans la structure (acteurs, instances, modalités de fonctionnement, …) :

**Joindre à ce formulaire** :

* La lettre d’engagement de la direction
* La politique qualité et/ou le projet qualité
* Le plan d’amélioration de la qualité actualisé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATE | SIGNATURE |
| Directeur Régional |  |  |
| Directeur de la Circonscription |  |  |
| Médecin Chef de la Circonscription |  |  |
| Médecin Responsable de la structure |  |  |