**Rubrique 1 : Identification de votre établissement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement de santé |  | Adresse de l’établissement de santé |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’établissement | Etablissement privé  - Mono disciplinaire  - Pluridisciplinaire | | | | | | 2ème ligne  Hôpital régional | | | | | 3ème ligne  CHU  Institut spécialisé  EPS | | |
| N° standard téléphonique : | | |  | | | | |  | | | | | | |
| Nom et prénom du directeur | | |  | | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Nom, prénom et du Coordonnateur qualité | | |  | | | | | Téléphone : | |  | | E-mail : |  | |
| Date de visite souhaitée (mois / année)  (***Tenir compte des délais prévus dans la procédure****)* | | | | | | | |  | | | | | | |
| Pour les **structures privées**, précisez, le cas échéant, la raison sociale du groupe auquel l'entité juridique appartient : | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Nombre de services cliniques** : | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ACTIVITES de SOINS** | **Urgences** | **Médecine** | | **Chirurgie** | **Pédiatrie** | **Gynécologie**  **Obstétrique** | | | **Réanimation** | | **Réa néonatale** | **Psychiatrie** | | **Dialyse** |
|  |  | |  |  |  | | |  | |  |  | |  |
| **SECTEURS MEDICO-TECHNIQUES** | **Laboratoire (Biologie, Anapath, Expl. Fonct.)** | | | **Imagerie médicale** | **Radiothérapie** | **Endoscopie** | | | **Bloc opératoire** | | **SECTEURS LOGISTIQUES** | **Cuisines** | | **Lingerie** |
| Interne  Externalisée | | | Interne  Externalisée |  |  | | |  | | Interne  Externalisée | | Interne  Externalisée |

**Rubrique 2 : Structuration de l'établissement demandeur (lister les services et le nombre de lits)**

**Rubrique 3 : Démarche qualité**

**Description synthétique de l’organisation qualité mise en place dans l’établissement (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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom & Prénom** | **Date** | **Signature et Cachet** |
| **Directeur de l’établissement** |  |  |  |