



**DEMANDE DE RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE DE MODIFICATION CAPACITAIRE**

**D’UNE UNITÉ NEURO VASCULAIRE (UNV)**

****

**Cadre législatif et réglementaire :**

* *Loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment la mesure 72 de son annexe ;*
* *Code de la Santé Publique (CSP) : articles D6124-104 à D6124-106, R6123-32-1.*
* *Décret N°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue*
* *Circulaire n° DHOS/04/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ;*
* *Circulaire DHOS/04 no 2007-108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral ;*
* *Circulaire n°DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l’organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d’accident vasculaire cérébral (AVC)*
* *Plan d’actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014*
* *PRS Occitanie 2018-2022*
* *Société Française Neuro-Vasculaire : recommandations pour la création d’Unités Neuro-Vasculaires [Rev Neurol (Paris) 2001 ; 157 : 11, 1447-1456.*

|  |
| --- |
| **Tout dossier, une fois complété, doit être transmis à l’Agence par mail et par voie postale à :*** Par mail : ARS-OS-DOSA-AUTORISATIONS-CONTRACTUALISATION@ARS.SANTE.FR
* Par voie postale en 3 exemplaires :

Agence Régionale de Santé Occitanie – DOSA PSH (Contractualisation)26-28 Parc club du Millénaire | 1 025, rue Henri Becquerel | CS 3000134067 Montpellier Cedex 2 |

**DONNEES GENERALES**

**I - PRESENTATION DE LA DEMANDE**

I – 1. AUTEUR DE LA DEMANDE

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation Établissement** |       |

I – 2. ACTIVITE SANITAIRE DE L’ÉTABLISSEMENT

L’établissement dispose d’un accès à :

* un scanner 24h/24 et 7j/7 : OUI [x]  NON [ ]
* une IRM 24h/24 et 7j/7 : OUI [ ]  NON [ ]

 Si non, préciser les heures de fonctionnement :

I – 3. RESPONSABLE DU PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| Nom – Prénom |  |
| Fonction/Qualification |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**II - NATURE DE LA DEMANDE et SES MOTIVATIONS**

**II – 1. NATURE DE LA DEMANDE**

 **Capacité en lits de SI neurovasculaires sollicitée au sein de l’UNV :**

      lits Soins Intensifs neurovasculaires demandés

Indiquer la capacité actuelle des lits reconnus par l’ARS :

      lits Soins Intensifs neurovasculaires actuels

II – 2. MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

Préciser notamment :

* Les besoins de la population auxquels l’unité entend répondre ;
* Son positionnement dans l’offre de soins (par rapport à l’établissement, le GHT, le territoire de santé, voir la région) ;
* La couverture géographique de son activité.

Expliciter la cohérence et les évolutions de la demande par rapport :

* à l’activité actuelle et prévisionnelle
* au projet médical et le projet de l'établissement prévu aux articles L 6143-2 et L 6161-2 du CSP ;
* au Projet médical et de soin partagé du GHT ;
* au Projet Régional de Santé.

Joindre en annexe les avis des instances de l’établissement et du GHT.

Préciser le calendrier prévisionnel de la mise en œuvre.

Joindre en annexe des plans actuels et prévisionnels lisibles de l’unité de SI.

*NB : Dans le cadre de l’instruction de la demande, seront analysées les données du PMSI des séjours pour AVC/AIT (Diagnostic principal) et des séjours au sein des lits des SI NV : nombre de séjours et typologie des séjours, DMS, activité de thrombolyse et de transferts pour éventuelle thrombectomie...*

II – 3. COUT DES TRAVAUX si nécessaire/concerné

* Indiquer le coût des travaux en investissement ;
* Distinguer le coût des investissements immobiliers et mobiliers ;
* Préciser les modalités de financement (emprunt, autofinancement, subvention…). Aucune aide de l’ARS ne sera accordée ;
* Si emprunt : indiquer le taux et la durée ;

**DONNEES TECHNIQUES**

**I – LES LOCAUX ET EQUIPEMENTS**

1. **Identification de l’unité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
| Les lits SI de l’UNV sont : |  |  |
| * situés dans le service de neurologie :
 | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
| * intégrés au secteur de réanimation et/ou USIC :
 | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
| * autres localisations (à préciser) :
 |  |  |
| Les lits UNV (non SI) sont :  |  |  |
| * situés dans le service de neurologie :
 | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
| * dans une unité individualisée dédiée à la prise en charge des pathologies neurologiques au sein d’un service de médecine :
 | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
| Rattachement de l’UNV (SI et non SI) à :  | [ ]  un service[ ]  un département[ ]  une fédération[ ]  un pôle cliniquePréciser :       | [ ]  un service[ ]  un département[ ]  une fédération[ ]  un pôle cliniquePréciser :       |

Commentaires :

**2. Locaux dédiés : Zone d’hospitalisation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
| **UNV – Lits Soins Intensifs** |  |  |
| * nombre de chambres/box :
 |  |  |
| * nombre de lits :
 |  |  |
| * poste central de surveillance :
 | OUI…[ ] …NON…[ ] Descriptif :       | OUI…[ ] …NON…[ ] Descriptif :       |
| * les couloirs de circulation permettent-ils le passage d’un lit ou d’un appareil de radiologie mobile ?
 | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
| * Surface Dans Œuvre :
 |  |  |
| **UNV – Lits non Soins Intensifs** |  |  |
| * nombre de chambres/box :
 |  |  |
| * nombre de lits dédiés aux AVC :
 |  |  |
| * Surface Dans Œuvre :
 |  |  |
| **Lits de neurologie non UNV** |  |  |
| * nombre de chambres :
 |  |  |
| * nombre de lits dédiés aux autres pathologies neurologiques :
 |  |  |
| * Surface Dans Œuvre :
 |  |  |
| **Hospitalisation de jour** | OUI…[ ] …NON…[ ]  | OUI…[ ] …NON…[ ]  |
|  | Si oui, nombre de places orientées pathologies neurologiques :       | Si oui, nombre de places orientées pathologies neurologiques :       |

Commentaires :

**3. Situation géographique et liaisons fonctionnelles avec les autres services :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description du positionnement de l’UNV (bâtiment, niveau….)** | **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
| Situation des lits d’UNV : |  |  |
| * soins intensifs
 |  |  |
| * non soins intensifs
 |  |  |
| Situation des lits de neurologie non UNV  |  |  |

Commentaires :

**III – LE PERSONNEL DE L’UNV**

**III– 1. EQUIPE MEDICALE**

Nom du médecin responsable de l’UNV :

Nom, qualification (titulaire du DIU neurovasculaire) et ETP de chaque médecin intervenant dans l’unité *(préciser si ces médecins participent à la permanence des soins)* :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom Prénom | Titre | ETP  | Titulaire du DIU neurovasculaire oui/non | Participe à la PDS oui/non |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Modalités d’organisation de la permanence et de la continuité des** **soins :**

* Garde sur place :
	+ sénior OUI…[ ] …NON…[ ]
	+ junior OUI…[ ] …NON…[ ]
* - Astreinte opérationnelle OUI…[ ] …NON…[ ]

Descriptif de la permanence des soins (nuits, week-ends, jours fériés):

Nom et temps hebdomadaire d’intervention dans l’unitédes médecins de médecine physique, des gériatres, des cardiologues, de l’équipe de soins palliatifs :

1)……………………..

2)……………………..

3)……………………..

4)……………………..

5)……………………..

6)……………………..

7)……………………..

Préciser les éventuels recrutements associés à la demande :

Commentaires :

**III – 2. EQUIPE SOIGNANTE**

IDE cadre : OUI…[ ] …NON…[ ]

Si oui, ETP dédié à l’UNV :

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **UNV Lits de SI - nombre d’ETP**  |
| **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
| Matin | Après-midi | Jour (si concerné) | Nuit | Matin | Après-midi | Jour (si concerné) | Nuit |
| IDE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASH |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **UNV lits Non SI - nombre d’ETP**  |
| **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
| Matin | Après-midi | Jour (si concerné) | Nuit | Matin | Après-midi | Jour (si concerné) | Nuit |
| IDE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AS |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASH |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ce personnel est-il dédié à l’UNV ? OUI…[ ] …NON…[ ]

Si non, préciser :

Préciser les éventuels recrutements associés à la demande :

Commentaires :

**III – 3. AUTRES PROFESSIONNELS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **Personnel affecté dans l’UNV ( SI et non SI) en ETP** |
| **Situation actuelle** | **Après modification capacitaire** |
|  |  |
| Masseur Kinésithérapeute |  |  |
| Orthophoniste  |  |  |
| Ergothérapeute  |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Neuro-Psychologue |  |  |
| Assistante sociale |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

Commentaires :