|  |  |
| --- | --- |
| **DOSSIER DE CANDIDATURE** |  |
|  |  |
| **Parcours de soins global après le traitement d’un cancer** |  |
| **Auteur de la demande (Raison sociale, représentant légal, n° Finess, adresse) / référent du dossier (mail et téléphone)** |  |
|  |  |
| **Présentation succincte de la structure porteuse du projet (si besoin joindre des documents en annexes)** |  |
|  |  |
| **Description du parcours proposé pour les patients - organisation des bilans et des consultations de suivi, sur la base du logigramme en annexe du cahier des charges.** |  |
|  |  |
| **Le forfait prévoit la réalisation d’un bilan APA permettant l’élaboration d’un plan personnalisé.** **Quelles suites pensez-vous proposer aux bénéficiaires pour mettre en œuvre ce plan ? Quels partenaires avez-vous identifiés (associations, mutuelles, Collectivités Territoriales…) ? S’agit-il d’offres APA gratuites ou payantes pour les participants ?** |  |
|  |  |
| **Présentation succincte du périmètre géographique couvert (si besoin joindre des documents en annexes)** |  |
|  |  |
| **Estimation de la file active pressentie de patients en adéquation avec le projet et les modalités de calcul (au maximum 100 patients ; une file active inférieure à 30 est possible sur les territoires ruraux et prioritaires). Préciser, si adapté, le nombre de patients déjà pris en charge pour un cancer en lien avec la structure** |  |
|  |  |
| **Professionnels ou associations intervenant sous la responsabilité de la structure -** **Noms, spécialités et implantation géographique des professionnels engagés****Obligatoire : Joindre en annexe les diplômes, certificats ou titres de formation et les justificatifs d’expérience (CV) des professionnels mentionnés dans ce dossier comme décrits dans l’article 3 de l’arrêté du 24 décembre 2020, notamment dans le domaine de l’oncologie.** |  |
|  |  |
| **Présentation de l’organisation pour coordonner le parcours (temps administratif, secrétariat…)****et/ou mobilisation des dispositifs de coordination spécifiques au cancer** |  |
|  |  |  |
| **Présentation des missions des spécialistes intervenant dans le parcours (projets de convention comprenant la rédaction des comptes rendus de bilans et de séances, les conditions de retour d’information au médecin prescripteur et au médecin traitant, ...)****Description des modalités de transmission d’informations couvertes par le secret médical auprès du médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n’est pas le prescripteur** |  |
|  |  |
| **Volet numérique****Préciser l’outil numérique qui sera utilisé dans le cadre du suivi et de la coordination de ce dispositif, afin de sécuriser les données.****Préciser si vous souhaitez utiliser l’outil UNIQ mis à disposition par l’ARS.** |  |
|  |  |
| **Partenariats établis entre les acteurs hospitaliers et les acteurs du premier recours et/ou convention entre structures** |  |
|  |  |
| **Estimation du budget prévisionnel en lien avec la file active estimée (si besoin joindre un tableau de synthèse en annexes) / Détail du nombre de séances, des forfaits ainsi que le caractère individuel ou collectif et leur durée.****A titre indicatif, vous pouvez indiquer le coût de la coordination, sachant que celle-ci n’est pas financée dans le cadre de ce dispositif.** |  |
|  |  |
| **Calendrier de mise en œuvre du projet présenté** |  |
|  |  |
|  | ***Date et Signature du représentant légal de l’établissement*** |  |
|  |  |

**Matrice\_Annexes des professionnels**