

**Lettre d’engagement « partenaire »**

**Participation au**

|  |
| --- |
|  **parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier**  |

*Ce formulaire est à renseigner par les partenaires de l’établissement ou de la structure porteur et candidat à l’Ami pour la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables.*

**Etablissement porteur** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Statut** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Responsable** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je soussigné Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., responsable de l’établissement ou service Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., m’engager comme partenaire auprés de l’établissement ou structure Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. pour la Poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et accompagner à la réalisation d'un état des lieux.

**En répondant à ce partenariat l’établissement ou service s’engage à**

* Participer selon son expertise au parcours non programmé de la personne âgée
* Mettre en œuvre selon son niveau d’autorisation et de moyens à la réponse qui peut être apportée pour améliorer les prises en charge rapides des personnes âgées
* De faire remonter auprès de l’établissement candidat et coordonnateur de l’AMI tous les éléments nécessaires afin de contribuer à l’amélioration de ce parcours

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

*Signature du porteur*