RAC fiche de candidature **« service référent »**

*(à renvoyer au plus tard le 15 juin 2019)*

1. **Etablissement**

Nom :

Adresse postale :

N° de finess :

Adresse mail du référent :

1. **Spécialité** parmi les suivantes (orthopédie PTH ou PTG, orthopédie PTE, chirurgie digestive colorectale, chirurgie gynécologique, obstétrique césariennes programmées, urologie, chirurgie rachidienne)

Nom de la spécialité choisie :

Catégories Majeures de Diagnostic :

Label GRACE ou autre label (lequel ?) année :

Label GRACE ou autre label (lequel ?) en cours :

Non labellisé, mais nombres de cas entrés dans la RAAC en 2018-2019 :

1. **Données d’activité 2018** dans cette spécialité :

Nombre de séjours chirurgicaux dans la CMD en 2018 :

DMS 2017 dans cette spécialité :

1. **Composition de l’équipe**
	1. **Chirurgien référent**

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

* 1. **Anesthésiste référent**

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

* 1. **Cadre infirmier ou Infirmier référent**

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

* 1. **Membre de la Direction référent**

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

**Chaque membre de l’équipe signe en face de son nom et s’engage à être présent à chaque réunion.**

1. **Engagement de l’établissement**

Projet de l’établissement dans cette démarche en 5 lignes maximum.

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

L’établissement est candidat pour participer à la démarche sur 18 mois en tant que service « **référent** » et s’engage à la présence de l’équipe de 4 personnes ci-dessus à toutes les réunions, et à réaliser les travaux nécessaires au développement de la RAAC.

Fait à

Le

Directeur (trice) Président(e) de la CME