

- Ateliers patients
- x Actions locales de santé publique sur le secteur de l'ESP :

COMMENT LE PROJET VA SE MONTER:

En équipe ou lors d'un appel, nous remplissons la trame (page suivante)

Nous validons en interne (délai de 8 jours) et nous validons le budget prévisionnel



J'informe la CPTS de votre projet et m'assure qu'il n'y est pas de doublon

Lors d'une réunion en équipe, vous validez le document



C'EST PARTI!

POUR NOUS CONTACTER

contact@esp-cvl.org

07 86 92 12 11

- x Ateliers patients
 Actions locales de santé publique sur le secteur de l'ESP :

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Référent du protocole :

Professions participantes: (liste signataires en p.3)

-
-
-

OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROJET

-
-
-

CPTS informée de ce projet. Pas de doublon d'action détecté.



DATES DES ATELIERS/ACTIONS

BUDGET

Les interventions et temps de travail des membres d'ESP seront indemnisés semestriellement par virement bancaire. Les factures/devis de prestataires extérieures (location de salle, achat de matériel, intervenant extérieur) seront réglées selon les délais qu'elles prescriront.

Le budget de cette action est précisé en page 2 de ce document.

Les actes suivants du projet sont pris en charge dans la nomenclature:

-
-
-
-

SOURCES ET RÉFÉRENCES

- en cours de recherche

PATIENTS CONCERNÉS ET CRITÈRES D'INCLUSION

COMMUNICATION AUPRÈS DES PATIENTS

Les patients seront informés lors...

Leur consentement sera recueilli via...

MODALITÉ DE VALIDATION, DE TRANSMISSION ET D'ÉVALUATION

- Les membres de l'ESP ont écrit ce protocole lors d'une réunion le .../.../... . La version finale a été validée lors d'une réunion le .../.../...
- Un exemplaire du protocole a été imprimé et envoyé à chaque professionnel inclus dans l'équipe avec la possibilité de s'en retirer.
- Une réunion est prévue dans 6 mois afin de faire des modifications éventuelles du protocole et juger de son application et de sa pertinence, après la tenue d'au moins une réunion trimestrielle de régulation.
- **Critère d'évaluation :**
 - nombre et satisfaction des patients,
 - nombre de participants aux réunions de régulation,
 - fiche d'évaluation de protocole complétée.

CONTENUS ANNEXES DU PROTOCOLE

Besoin fiche-patient?

PÉRIODE DES ATELIERS :

RÉFÉRENT-E DES ATELIERS

BUDGET
PRÉVISIONNEL

DÉPENSES

PRÉCISIONS

PAR ATELIER

AU TOTAL

Réunions de préparation (membres de l'ESP)	75€ par participants. Merci de bien envoyer le justificatif "Réunion de préparation de projet"	€	€
Indemnisation des intervenants (membres de l'ESP)	Merci de bien envoyer le justificatif "Justificatif de réalisation d'ateliers"	€	€
Règlement des prestations	Merci de bien adresser la facture à l'URPS ML et de préciser le nom de l'ESP sur la facture.	€	€
Location de salle	Merci de bien adresser la facture à l'URPS ML et de préciser le nom de l'ESP sur la facture.	€	€
Achat de matériel non-réutilisable	Merci de bien adresser la facture à l'URPS ML et de préciser le nom de l'ESP sur la facture. Si vous souhaitez avancer les frais, merci de garder le ticket de caisse original et de remplir la fiche de frais.	€	€
Achat de matériel réutilisable*	Merci de bien adresser la facture à l'URPS ML et de préciser le nom de l'ESP sur la facture. Si vous souhaitez avancer les frais, merci de garder le ticket de caisse original et de remplir la fiche de frais. Merci de désigner une personne référente de l'achat qui gardera le matériel.	€	€

Merci d'adresser les factures à l'URPS-ML CVDL.

* Ce matériel est à la propriété de la FURPS et FMPS dans le cadre du dispositif. Si l'ESP s'arrête, ce matériel devra nous être remis pour le mettre à disposition d'autres ESP-CVL.

MONTANT PAR SESSION:



NOMBRE DE SESSIONS PRÉVUES:

LISTE DES PROFESSIONNELS PARTICIPANTS AU PROJET

Si vous êtes entré-e dans l'ESP avant Novembre 2023, vous serez amené-e à signer un avenant à votre convention pour percevoir le fond de ces nouvelles actions. En cas de questions, n'hésitez pas à prendre contact avec nous

TITRE

Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>
Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>

Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>
Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>

Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>	Profession :	<input type="text"/>
Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>	Signature :	<input type="text"/>

Nom de l'ESP-CVL:

Nom du projet:

Nom de l'atelier:

Date de l'atelier:

Lieu de l'atelier:

Justificatif d'ateliers ESP-CVL

Nom de l'ESP-CVL:

Nom du projet:

Nom de l'atelier:

Date de l'atelier:

Lieu de l'atelier:

Justificatif d'ateliers ESP-CVL



Professionnels intervenants sur cet atelier:

-
-

Indemnisation*:

-
-

* en accord avec le budget prévisionnel



Professionnels intervenants sur cet atelier:

-
-

Indemnisation*:

-
-

* en accord avec le budget prévisionnel



Nombre de patients présents



Questionnaires de satisfaction remplis par les patients? oui non



Nombre de patients présents



Questionnaires de satisfaction remplis par les patients? oui non



Réaction "à chaud":

Comment l'atelier s'est passé?



Ce que j'ai vraiment aimé dans l'atelier:



-
-
-



À penser pour la prochaine fois:

-
-
-



Réaction "à chaud":

Comment l'atelier s'est passé?



Ce que j'ai vraiment aimé dans l'atelier:



-
-
-



À penser pour la prochaine fois:

-
-
-

Signature(s):

Précédée(s) de
NOM Prénom

Signature(s):

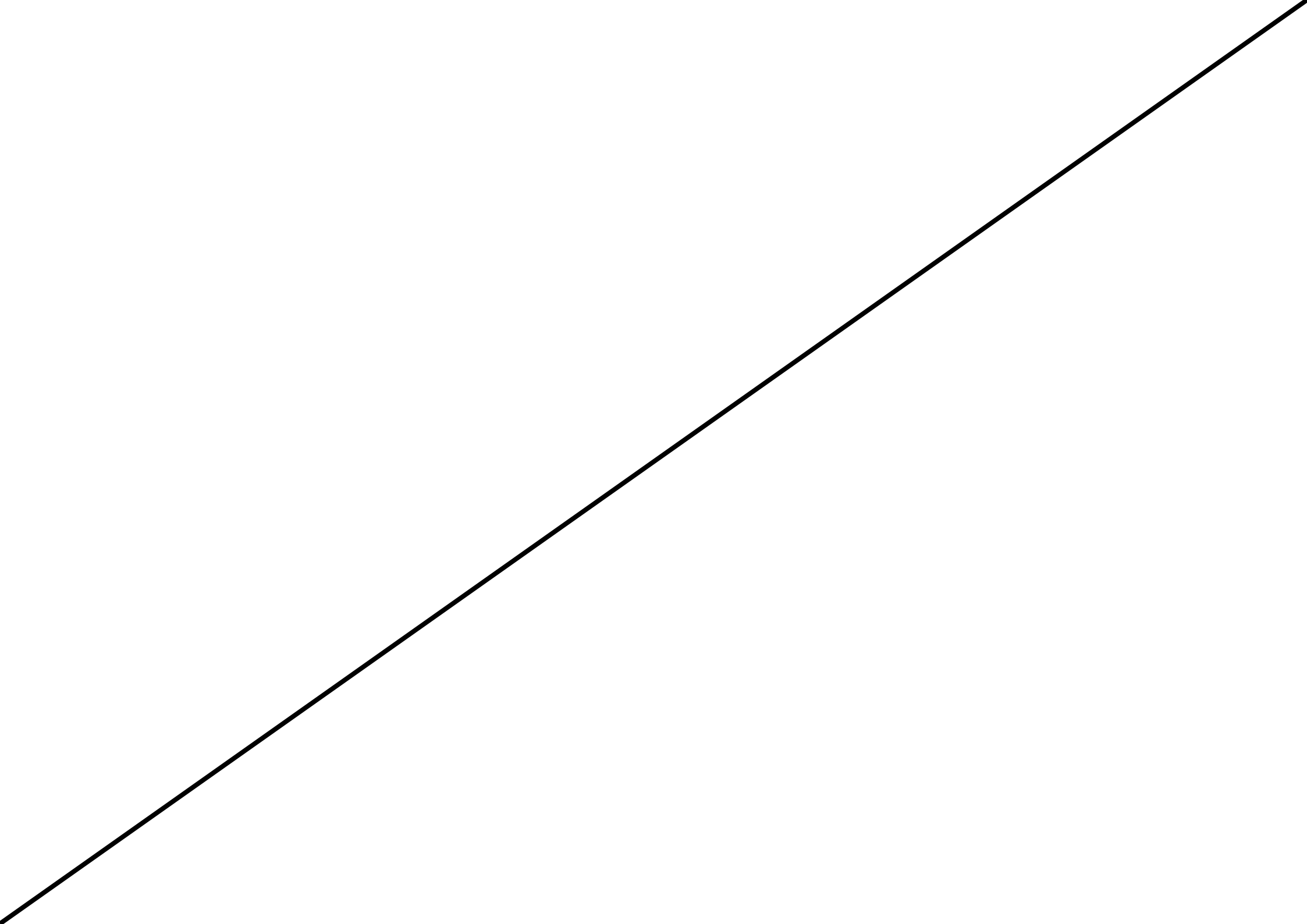
Précédée(s) de
NOM Prénom

Prochain atelier prévu? oui non

Date:

Prochain atelier prévu? oui non

Date:



Nom du projet:

Date de création du projet:

Date d'évaluation:

Nom de l'ESP:

Fiche d'évaluation de projets ESP-CVL

Objectifs du projet:

-
-
-



Nombre de professionnels impliqués dans le projet:

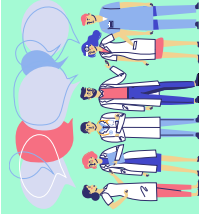
.....

Nombre de personnes ayant participé au projet:

.....

Personnes majoritairement repérées via:

.....



Communication interprofessionnelle:

La communication entre professionnels de santé quant à la conduite du projet était (merci d'entourer) :



Ce qui a bien fonctionné:

-
-
-



Très compliquée

Compliquée

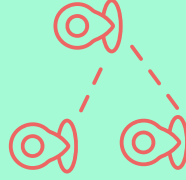
Correcte

Fluide

Très fluide

Ce que nous pouvons encore améliorer:

-
-
-



Efficacité du projet

Dans quelle mesure pensez-vous avoir réussi à transmettre les messages clés au groupe de participants?



Ce qui notre groupe a apprécié:

-
-
-



Très peu

Peu

Correctement

Assez

Totalemt

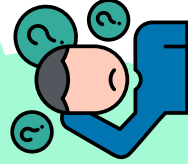
Ce que nous pouvons encore améliorer:

-
-
-

Est-ce que vous recommanderiez à d'autres ESP de mettre en place ce projet? oui non

Difficultés / implémentation du projet:

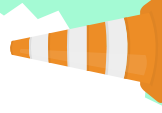
Difficultés?



Incompréhensions?



Points de vigilances?



Renouvellement du projet? oui non