

DEMANDE DE

RENOUVELLEMENT d’AUTORISATION

d’une activite de soinS

**ACTIVITES INTERVENTIONNELLES**

**SOUS IMAGERIE MEDICALE**

par voie endovasculaire, en cardiologie

**Dossier administratif**

**-1-** Auteur de la demande

* Entité juridique – statut juridique – n° FINESS – représentant légal,
* Site géographique et adresse de l’implantation.

Personne en charge du dossier : (coordonnées téléphoniques et courriel)

**2-** Activités autorisées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Date autorisation** | **Date mise en oeuvre** | **Date visite conformité** |
| Electrophysiologie |  |  |  |
| Cardiopathies congénitales |  |  |  |
| Autres cardiopathies de l’adulte |  |  |  |

**3- Si l’autorisation n’a pas été totalement mise en œuvre,** *quels en sont les motifs ? Échéance prévisionnelle de mise en œuvre ?*

**Renouvellement des engagements prévus à l’article R6122-32-1**

**(Cf annexe 1)**

**Evaluation (article R6122-32-2)**

**-Etat de réalisation des objectifs de la précédente autorisation:**

* état de réalisation des objectifs par rapport au SROS-PRS et au CPOM,
* résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients
* évolution de la structure :
* conventions existantes avec d’autres structures
  + - locaux, (le cas échéant joindre le plan)
    - personnel,
    - organisation,
    - activité réalisée depuis la mise en œuvre :
* activité dans les différentes disciplines soumises à autorisation

**Activité de l’USIC**

Activité de l'USIC pour l'année n et n-1 *(nombres de séjours, DMS, taux d’occupation)*

*% de séjours pour des actes d'angioplasties et des actes d’électrophysiologie*

**Activité d’électrophysiologie (sur les 3 dernières années)**

1. **Electrophysiologie interventionnelle** (pour le centre):
   * Nombre de procédures d'ablation en distinguant
     + - Ablation complexes (DENF014, DENF015, DENF018, DENF035, DEPF014, DEPF033)
       - Ablation simples (DENF017, DENF021, DEPF004 , DEPF005, DEPF006,DEPF010,DEPF012 ,DEPF025)
       - Extraction de matériel : DEGF001,DEGF033,DEGF005
2. **Pose des défibrillateurs et stimulateurs triple chambre** (pour le centre):
   * Nombre d’actes d’implantations de stimulateurs triple chambre et de défibrillateurs (listes des actes de 2009)

Par ailleurs nombres de poses de stimulateurs simple et double chambres et de changements de boitiers

1. **.Organisation**

* Nom des intervenants médicaux et activité (en nombre d’actes)
* Réunions régulières de morbimortalité (fournir l’organisation comportant notamment la liste des participants, la fréquence et le lieu de la réunion)
* Réunions de concertations pluridisciplinaires (participants, fréquence)
* Taux d'infections nosocomiales liées à l'activité d'angioplastie (fournir ces taux sur les trois dernières années

**Activité d’angioplasties (sur les 3 dernières années)**

Préciser, pour le centre, et pour les trois dernières années (liste des actes inchangée)

* Le nombre d'angioplasties réalisées
* Le nombre d’angioplasties en ambulatoire
* Le nombre d’angioplasties pour un syndrome SCA ST+
* Le %d’angioplasties ad hoc
* Noombres de coronarographies isolées
* % de coronarographies en ambulatoire
* Nom des intervenants médicaux

Indiquer, pour chacun des opérateurs intervenant dans le centre Le nombre d’angioplasties réalisées au cours de des trois dernières années

* Réunions régulières de morbimortalité (fournir l’organisation comportant notamment la liste des participants, la fréquence et le lieu de la réunion)
* Réunions de concertations pluridisciplinaires (participants, fréquence)
* Taux d'infections nosocomiales liées à l'activité d'angioplastie (fournir ces taux sur les trois dernières années).

**Activité de cardiopathies congénitales**

* Composition de l’équipe médicale
* Activité\* des trois dernières années
* Nombre d'actes pour des enfants
* Nombres d'actes pour des adultes de plus de 18 ans
* Nombre total de patients pris en charge l’année n-1 et avec leur origine géographique
* Ventilation des affections traitées
* Revues de morbi mortalité : l'établissement fournit les comptes rendu des réunions de l'année n-1
* Nombre d'infections nosocomiales liées à cette activité : fournir ces taux sur les trois dernières années
* Réunions régulières de morbimortalité (fournir l’organisation comportant notamment la liste des participants, les dates de réunions antérieures et futures ainsi que le lieu des réunions).

**Présentation des modifications envisagées pour les sept ans à venir :**

* indication des objectifs et des indicateurs du SRS-PRS auxquels le demandeur entend répondre (spécifiques à chaque spécialité),
* conventions de coopération conclues, s’il y a lieu, par le demandeur avec un ou plusieurs autres établissements ou professionnels de santé, ainsi que la mention de son appartenance, le cas échéant, aux réseaux de santé définis à l’article L. 6321-1 ,
* Organisation des locaux et des effectifs
* systèmes d’information,
* télémédecine.

**A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement est considéré comme étant sollicité à l’identique.**

**ANNEXE 1**

**Engagements du titulaire de l’autorisation (article L 6122-5 du CSP) :**

**(Document à renvoyer daté et signé)**

**1-** Le titulaire de l’autorisation fait part de l’état de réalisation des engagements prévus au titre du « e » du 1° dudit article, c’est-à-dire :

* réalisation et maintien des conditions d’implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds ainsi que des conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L. 6123-1 et L. 6124-1 (en particulier qualification et effectifs des personnels,
* maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci
* montant des dépenses à la charge de l’assurance maladie ou le volume d’activité, en application de l’article L. 6122-5.

Date et signature