|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOSSIER DE CANDIDATURE** | |  |
| ***(maximum 4 à 5 pages)*** | |  |
| **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** | |  |
|  | |  |
| **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. Préciser, si adapté, le nombre de patients déjà pris en charge pour un cancer en lien avec la structure** | |  |
|  | |  |
| **Profil social (en particulier la part des patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire) et/ou d’âge et origine géographique de la file active du parcours (code postal) si possible** | |  |
|  | |  |
| **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 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**  **Décrire les principaux besoins identifiés sur le volet numérique du projet. Dans le cas où le système d’information aurait déjà été retenu, le décrire avec en particulier les modalités mises en œuvre en termes de sécurité (identification professionnels, patients, hébergement, RGPD…), d’interopérabilité (référentiels, fonctions socles…) au sens de la feuille de route nationale eSanté.** | |  |
|  | |  |
| **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** | |  |
|  | |  |
| **Calendrier de mise en œuvre du projet présenté** | |  |
|  | |  |
| **A fournir en annexe : engagement de la structure et des professionnels à participer à une websession d’information soins oncologiques de support (SOS) organisée par le réseau régional de cancérologie OncoPACA Corse** | |  |
|  | |  |
|  | ***Date et Signature du représentant légal de l’établissement*** |  |
|  |  |