**COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

LETTRE D’INTENTION

Date XX/XX/XX

*Coordonnées de l’ARS :* XXXXX

*Coordonnées du responsable du projet*

*de protocole de coopération*

*Nom Prénom*

*Adresse du lieu d’exercice*

*Numéro de téléphone*

*Adresse électronique*

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver, ci-joint, le formulaire renseigné concernant le projet de protocole de coopération relatif à XXXXXXXX, élaboré par ………(indiquer les porteurs du projet).

Ce projet de nature nationale, ne relevant pas d’un Appel à Manifestation d’Intérêt (AMI) en cours ou clos lancé par le Ministère de la Santé, ne portant pas sur un protocole national déjà autorisé, les porteurs de projet souhaitent que celui-ci donne lieu à un AMI dans le cadre de l’élaboration et autorisation d’un nouveau protocole national. Ils souhaitent participer au groupe de rédaction national sélectionné par le Ministère suite à cet AMI. Ils demandent à l’ARS de porter cette demande à l’attention du Ministère de la Santé.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes/nos salutations les meilleures.

**Référent projet**

**Nom/prénom :**

Qualité :

Signature :**COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Formulaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **champ** | ***conseils/indications*** | **à renseigner** |
| **Intitulé du Protocole de coopération (PC)**  Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé? | *Il sera plus simple de renseigner l’intitulé après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge (ci-dessous).* |  |
| **Besoin de santé régional**  A quel besoin de santé répond le protocole de coopération ? | *Qu’essayez-vous de résoudre, d’améliorer ? (quoi ? pourquoi ?...).* |  |
| **Profession du délégant** | *Indiquer le nom de la profession de santé, et le cas échéant la spécialité du délégant concerné par le protocole de la coopération envisagé.* |  |
| **Profession du délégué** | *Indiquer le nom de la profession de santé, et le cas échéant la spécialité du délégué concerné par le protocole de la coopération envisagé.* |  |
| **Objectifs**  Quels sont les résultats attendus en termes de qualité de  la prise en charge du patient ? | *L’intérêt du protocole est précisé pour l’ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégant.* |  |
| **Publics cibles**  Quels sont les publics cibles bénéficiaires de la délégation des tâches ? | *Définir la population cible, leurs critères d’inclusion et d’exclusion, les modalités de leur inclusion.* |  |
| **Actes dérogatoires** | *Préciser l’ensemble des actes délégués nécessaires à la prise en charge de la population cible, identifier parmi ces actes ceux de nature dérogatoire pour le délégué en les mettant en gras. Décomposer au besoin chaque acte en étapes de réalisation (un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires. Sa décomposition est importante pour présenter la dérogation envisagée), identifier les actes dérogatoires en les mettant en gras..*  ***Questions à se poser****:*  *Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation délégant ?*  *Pour un examen clinique, s’agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l’interpréter ou encore de*  *définir la conduite à tenir en fonction des résultats…?*  *Pour une consultation de suivi, s’agit- il d’en décider*  *l’opportunité, de détecter et d’interpréter des signes*  *cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l’indication d’un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d’adapter un traitement ou de le renouveler ?*  *Pour un acte technique, s’agit-il de*  *poser son indication,*  *de le réaliser, de l’interpréter ou encore de décider de la*  *conduite à tenir en fonction des résultats ?* |  |
| **Lieu de mise en œuvre** | *Indiquer le lieu de mise en œuvre du protocole, préciser les caractéristiques de ces lieux en terme de locaux, d’équipements, d’hygiène et le cadre dans lequel le protocole de coopération est prévu ?* |  |