|  |
| --- |
| **PLAN NATIONAL DE RENFORCEMENT DE L’ACCES AUX SOINS****Fiche Thématique : Identification des projets de terrain innovants (non connus de l’Agence)** |
|  | Capture d’écran |
| **Titre du projet :** | A Compléter |
| **Porteur du projet** | A Compléter  |
| **Objectif principal du projet** | A Compléter |
| **Thèmes concernés** |  | *Cochez la/les cases utiles :*  |
| 1. Renforcer l’offre de soins dans les territoires | [x]  |
| 2. Mettre en œuvre la Révolution numérique | [x]  |
| 3. Favoriser une meilleure organisation des professions de santé | [x]  |
| 4. Autres (précisez) | [x]  |
| *Si « Autres », précisez :*  |
| **S’agit-il d’un projet déjà engagé ou initié ?** | OUI [x] NON [x]  |  |
| **Cibles visées** | **Patients** | [x]  |  |
| **Professionnels de santé** | [x]  |
| **Structures de soins ou de coordination** | [x]  |
| **Autres** | [x]  |  |
| *si « Autres », précisez* |  |
| **Liste des partenaires identifiés** | *A Compléter :* |
| **Personne(s) référente(s) à contacter** |
| **Nom /Prénom** | **Fonction** | **Téléphone** | **Adresse e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Territoires de mise en œuvre** *(cocher la ou les cases concernées)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Région (s)** | [x]  | *Préciser si plusieurs régions concernées :* |  |
| **Département (s)** | [x]  | *Préciser le N° des départements concernés :* |  |
| **Commune(s)** | [x]  | *Préciser le nom des communes concernées:* |  |

1. **Description du projet**

*Décrire le type d’actions à mettre en œuvre, type de partenariat formalisé illustrant l’implication des différents acteurs…etc.*

 **Description détaillée du projet** (*Zone de texte libre à compléter)* :

*,*

1. **Identification des besoins nécessaires pour faciliter la mise en œuvre**

**De quoi avez-vous besoin pour faciliter la mise en œuvre (outils, méthodes, financement complémentaires …) ?**(*zone de texte libre à compléter)* :

1. **Identification de freins ou obstacles à lever pour faciliter la mise en œuvre**

**Avez-vous identifié des freins ou obstacles à lever qui pourraient empêcher la mise en œuvre ?**

*Si oui, merci de préciser …(zone de texte libre à compléter)* :

1. **Etes-vous favorable à présenter votre projet lors d’un prochain comité partenarial ?**

**OUI/ NON**

 **OUI** [x]  **NON** [x]