|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | |  |
| 2. Mettre en œuvre la Révolution numérique | |  |
| 3. Favoriser une meilleure organisation des professions de santé | |  |
| 4. Autres (précisez) | |  |
| *Si « Autres », précisez :* | | |
| **S’agit-il d’un projet déjà engagé ou initié ?** | OUI  NON |  | |
| **Cibles visées** | **Patients** |  |  |
| **Professionnels de santé** |  |
| **Structures de soins ou de coordination** |  |
| **Autres** |  |  |
| *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)** |  | *Préciser si plusieurs régions concernées :* |  |
| **Département (s)** |  | *Préciser le N° des départements concernés :* |  |
| **Commune(s)** |  | *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  NON**