|  |
| --- |
| **SujetPROJET DE TELEMEDECINE – NOTE DE CADRAGE***A retourner à l’adresse* ***ars-pdl-esante@ars.sante.fr*** |
| **Coordonnées du ou des porteurs :****Fonctions, spécialités :****Nom / Téléphone / Mail** |  |
| **Date :**  |  |

**Contexte du projet/Description/Objectifs :**

|  |
| --- |
|  |

**Description de l’usage :**

|  |
| --- |
| Spécialité(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………..Type(s) d’acte(s) : ☐Téléconsultation ☐ Télésurveillance ☐ Téléexpertise ☐ TélérégulationActivité en urgence : ☐Oui ☐ NonNécessité de transmission d’images ou tracés (EEG, ACG, …) : ☐Oui ☐ Non |

**Patients concernés (profil, pathologies, lieu de résidence, …) :**

|  |
| --- |
|  |

**Professionnels impliqués :**

*NB : Indiquez les établissements et/ou structures impliqués ainsi que les professionnels ou services concernés*

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUERANT(S)****(demandeurs d’avis ou de téléconsultations)** | **REQUIS****(expert(s))** |
| **Etablissement(s) ou structure(s) :** | **Etablissement(s) ou structure(s) :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Professionnel(s) ou services(s) :** | **Professionnel(s) ou services(s) :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Organisation (Equipement, nombre de praticiens par spécialité, nombre de vacations, … ) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUERANT(S)****(demandeurs d’avis ou de téléconsultations)** | **REQUIS****(expert(s))** |
| *Exemples : Salle de télémédecine équipée, Dispositifs mobiles (chariot de télémédecine ou tablette)* | *Exemples : Depuis une salle de consultation, en mobilité,* *Nb de praticiens par spécialité, Nb de vacations envisagées* |

**Projections d’activité (nombre d’actes, file active, ….) :**

|  |
| --- |
|  |

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :**

|  |
| --- |
|  |