**DOSSIER PROMOTEUR**

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE**

**ET/OU DE MODIFICATION DE CAPACITE :**

**NEONATOLOGIE SIMPLE**

**SOINS INTENSIFS EN NEONATOLOGIE**

**REANIMATION NEONATALE**

**I - DOSSIER ADMINISTRATIF**

1. **Auteur de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| Désignation |  |
|  |  |
| Forme de Gestion |  |
|  |  |
| Implantation |  |
|  |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| Code postal |  |
|  |  |
| Commune |  |
|  |  |
| N° FINESS |  |
|  |  |
| N° SIRET |  |

1. **Présentation générale de l'activité de périnatalité**

**A. Activités autorisées (selon socle commun du CPOM signé en décembre 2013)**

**Niveau de soins autorisé : I** 🞏 **II A** 🞏 **II B** 🞏 **III** 🞏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITE** | **LITS** | **PLACES** | **Date d'autorisation** |
| Gynéco-obstétrique  dont obstétrique  dont gynécologie |  |  |  |
| HAD obstétricale |  |  |  |
| Néonatalogie (simple)  dont nombre de lits mère/enfant |  |  |  |
| Soins intensifs |  |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**B. Activité installée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITE** | **LITS** | **PLACES** | **Date d'installation** |
| Gynéco-obstétrique  dont obstétrique  dont gynécologie |  |  |  |
| HAD obstétricale |  |  |  |
| Néonatalogie (simple)  dont nombre de lits mère/enfant |  |  |  |
| Soins intensifs |  |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

***Préciser le nombre de lits réservés aux grossesses pathologiques :***

**C. Visite de conformité :**

Date de la visite :

Conformité : 🞏 Conforme 🞏 partielle 🞏 non conforme 🞏 non réalisée

**D. Si l'autorisation ou la reconnaissance contractuelle n'ont pas été totalement mises en œuvre, quels en sont les motifs :**

🞏 Réalisation programme architectural

🞏 Recrutement de personnel

🞏 Attente de financement

🞏 Autre motif, à préciser :

**E. Echéance prévisionnelle de la mise en œuvre de l'autorisation ou reconnaissance :**

1. **Indicateurs d'activité**
2. **Indicateurs quantitatifs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obstétrique** | **2012** | **2013** | **2014\*** |
| > à 24h  Entrées |  |  |  |
| Journées |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| TO |  |  |  |
| Accouchements |  |  |  |
| Naissances multiples |  |  |  |
| Césariennes |  |  |  |
| Péridurales |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Néonatologie** | **2012** | **2013** | **2014** |
| Entrées |  |  |  |
| Journées |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| TO |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soins intensifs** | **2012** | **2013** | **2014** |
| Entrées |  |  |  |
| Journées |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| TO |  |  |  |

Si chiffres 2014 non disponibles, donner les chiffres de 2012 à 2013.

1. **Indicateurs qualitatifs en 2013 – 2014\***

*\* Si chiffres 2014 non disponibles indiquer chiffres 2012 – 2013.*

### • Obstétrique

Selon le terme :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **<33 SA** | **33-34 SA** | **>34-37 SA** | **>37 SA** |
| **Naissances**  **2013** |  |  |  |  |
| **Naissances**  **2014** |  |  |  |  |

Selon le poids :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **<1200 g** | **1200 g -1600 g** | **1600 g -2000 g** | **>2000 g** |
| **Naissances**  **2013** |  |  |  |  |
| **Naissances**  **2014** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Transferts** | **2013** | **2014** |
| In utero |  |  |
| Autres transferts maternels |  |  |

### Pour les transferts in utero :

### Préciser le nombre de transfert in utero adressés à l’établissement en précisant le terme de la grossesse et la provenance des parturientes pour l’année 2014.

Préciser le nombre de transfert in utero réalisé par l’établissement en précisant le terme grossesse et la destination des parturientes pour l’année 2014.

**Pour les accouchements :**

Préciser la domiciliation des parturientes sur l’année 2013 et 2014.

### • Néonatologie soins intensifs et réanimation

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Néonatologie** | | **Soins Intensifs** | | **Réanimation** | |
| **Nombre d’entrées** | **2013** | **2014** | **2013** | **2014** | **2013** | **2014** |
| Par mutation |  |  |  |  |  |  |
| Par transfert |  |  |  |  |  |  |
| domicile ou autre |  |  |  |  |  |  |

🞏 Mise en place de RMM au sein du service d’obstétrique

🞏 Analyse des évènements indésirables graves associés aux soins

🞏 Plans d’action d’amélioration préconisés et mis en place

1. **Activité du service d’Urgences :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Urgences adultes** | | **Urgences pédiatriques** | | **Urgences GO** | |
| **Nombre de passages** | **2013** | **2014** | **2013** | **2014** | **2013** | **2014** |
| Dont retour à domicile |  |  |  |  |  |  |
| Dont hospitalisation en UHCD |  |  |  |  |  |  |

1. **Conditions techniques de fonctionnement**

**4.1. Continuité de la prise en charge des parturientes / nouveau-nés   
 article D.6124-44**

## Continuité de la prise en charge médicale :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipes médicales affectées à l’obstétrique** | **Nb de praticiens seniors** | **ETP praticiens seniors** | **Nuit (oui/non)nombre** | | **Nb de postes d’internes** |
| **Astreinte** | **Garde** |
| Obstétriciens avec /sans  qualif chirurgicale\* |  |  |  |  |  |
| Anesthésistes |  |  |  |  |  |
| Pédiatres |  |  |  |  |  |
| Chirurgiens |  |  |  |  |  |
| Psychiatre (ou préciser psychologue) |  |  |  |  |  |
| Autres spécialités |  |  |  |  |  |
| **Equipes médicales affectées en néonatalogie**  pédiatres justifiant d’une expérience en néonatologie |  |  |  |  |  |

**Préciser si le pédiatre de garde dans l’unité de néonatalogie assure en même temps l’accueil des urgences pédiatriques  de l’établissement.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sages-femmes article D 6124-44** | **Nb de sages-femmes participant à l’activité** | **Nb d’ETP** |
| En secteur de naissance |  |  |
| En secteur d’hospitalisation |  |  |
| En HAD |  |  |
| Autres secteurs (consultations, préparation à la naissance, grossesses pathologiques…) |  |  |

## Continuité de la prise en charge paramédicale :

• Effectifs en ETP budgétés, en secteur de naissance :

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

AS : AP : AS :

• Effectifs en ETP budgétés, en secteur d’hospitalisation :

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

IDE : AP : AS :

• Effectifs en ETP budgétés, en secteurs de néonatologie :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IDE puéricultrices** | **IDE** | **auxiliaires de puériculture** | **aides- soignants** | **Psycho**  **logues** | **Kinésithérapeutes** |
| **Néonatologie** |  |  |  |  |  |  |
| **Soins intensifs** |  |  |  |  |  |  |
| **Réanimation** |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |

Référence article D 6124-56

**4.2. Eléments nécessaires à la prise en charge des parturientes**

## Les locaux de périnatalité :

• **En secteur de naissance :**

|  |
| --- |
|  |

Nombre de salles de pré travail :

|  |
| --- |
|  |

Nombre de salles de travail :

|  |
| --- |
|  |

Nombre de locaux d’observation et de soins immédiats aux nouveau-nés :

|  |
| --- |
|  |

Nombre de salles de chirurgie obstétricale :

|  |
| --- |
|  |

Nombre de salle de surveillance post-interventionnelle :

• **En secteur d’hospitalisation :**

|  |
| --- |
|  |

Nombre de chambres :

|  |
| --- |
|  |

Dont nombre de chambres individuelles :

***Préciser le nombre de chambres et de lits réservés pour les grossesses pathologiques :***

***Préciser le nombre de lits réservés à la gynécologie et leur localisation.***

• **Dans les secteurs de néonatologie :**

* Localisation de l’unité dans le même bâtiment et à proximité immédiate de l’unité d’obstétrique :

Oui  Non

* Composition des locaux :

Une pièce d’accueil des parents

Un secteur de surveillance et de soins

***Préciser le nombre de boxes et la répartition des berceaux à l’intérieur de ceux-ci.***

Une zone de préparation médicale avant transfert

Un secteur affecté à l’alimentation des nouveau-nés propre à l’unité

Un secteur affecté à l’alimentation des nouveau-nés commun avec

l’unité d’obstétrique

## Environnement technique du site :

Existence de protocoles de suivi de grossesse (permettant la MAJ du dossier transfusionnel)

Présence d’un dispositif de contrôle de Hb en salle de naissance

Protocole de prise en charge de l’hémorragie du post-partum

Accès à l’embolisation artérielle sur place 24/24 ?

Accès à l’embolisation artérielle par convention avec autre établissement

par convention signée?

A-t-elle été évaluée ? Préciser l’organisation.

|  |
| --- |
|  |

Préciser l’établissement :

Existence d’une convention SMUR pour situations transfusionnelles urgentes

Accès aux PSL (produits sanguins labiles) dans un délai de 30 mn max

Dépôt de PSL (produits sanguins labiles) dans l’établissement

Convention établie d’approvisionnement en PSL avec un site transfusionnel de proximité ou avec un établissement de santé pour situation d’urgence vitale

|  |
| --- |
|  |

Préciser l’établissement :

|  |
| --- |
|  |

Préciser le nombre de situations d’urgence transfusionnelles en 2014 :

Unité de réanimation adulte sur place

Unité de réanimation adulte par convention avec établissement

|  |
| --- |
|  |

Préciser l’établissement :

Disponibilité des examens d’imagerie 24h/24

y compris échographies en urgence

Disponibilité des examens biologiques 24h/24

Disponibilité d’un dispositif médical permettant d’obtenir, en quelques minutes, la mesure du taux d’hémoglobine ou d’hématocrite

## Eléments de fonctionnement :

• Décrire la procédure d’inscription à la maternité.

## • Suivi de grossesse :

Nombre de consultations du 4ème mois assurées sur site

|  |
| --- |
|  |

(ou par les praticiens du site) :

Terme à partir duquel le suivi mensuel de grossesse

|  |
| --- |
|  |

est habituellement assure dans l’établissement :

|  |
| --- |
|  |

Nombre d’accouchements réalisés sans aucun suivi préalable :

|  |
| --- |
|  |

Sans suivi sur site préalable (si données disponibles) :

|  |
| --- |
|  |

Nombre de consultations de suivi de grossesse assurées par le site :

(par les praticiens ou sages-femmes)

PMI sur site :  Oui  Non

***Préciser le nombre de de praticiens en lien avec votre service qui suivent des grossesses en ville :***

Généralistes :

Gynécologues obstétriciens :

Sage femmes :

• **Identification des réseaux auxquels participe le service :**

|  |
| --- |
|  |

Réseaux ville hôpital, de périnatalité :

|  |
| --- |
|  |

Réseaux de transfert in utero :

• Convention de transfert avec autre établissement apte à délivrer les soins appropriés en néonatologie :

Oui  Non

|  |
| --- |
|  |

Préciser l’établissement :

**• Dispositif PRADO :**

Préciser en 2013 et en 2014 : le nombre de sages-femmes adhérentes au dispositif PRADO, le nombre de parturientes ayant bénéficiées de ce dispositif et pour quelles indications.

• **Instances réglementaires mises en place :**

CLIN

Commission de la CME qualité sécurité des soins

CRUCQPC

COMEDIMS

## Certification :

En cas de certification, indiquer :

Date de la certification et points sur lesquels doivent porter les efforts de l’établissement

Réserves éventuelles.

1. **Demande de modification de l'autorisation d'activité de périnatalité.**

**5.1. Demande d'augmentation/diminution du nombre de lits de néonatologie   
simple** *(cet item concerne également la création d'une unité "kangourou")***:**

**5.2. Demande d'augmentation/diminution du nombre de lits de soins intensifs :**

**5.3. Demande d'augmentation/diminution du nombre de lits de réanimation néonatale :**

**5.4. Récapitulatif des modifications envisagées :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITE** | **LITS** | **+/-** | **PLACES** | **+/-** |
| Gynéco-obstétrique  dont obstétrique  dont gynécologie |  |  |  |  |
| HAD obstétricale |  |  |  |  |
| Néonatalogie (simple)  dont nombre de lits mère/enfant |  |  |  |  |
| Soins intensifs |  |  |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

1. **Engagements du demandeur :**

* A ne pas modifier les caractéristiques de l'activité autorisée ou reconnue sous ses différentes modalités, sans en faire préalablement la demande à l'ARSIF ;
* A respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en œuvre de l'activité autorisée ou reconnue sous ses différentes modalités ;
* A réaliser l'évaluation prévue par l'article L 6122-5 du Code de la Santé Publique.

1. **Coût estimatif de l'opération envisagée.**