Formulaire à remplir par la structure qui candidate

à la remise du PRIX QUALITE 2021 décerné par l’ARS Haut-De-France

*Au préalable : Les actions éligibles sont celles qui ont démarré ou qui sont terminées. Par conséquent, les actions au stade de projet et non amorcées ne sont pas acceptées.*

*Les projets répondront au-moins à deux des critères suivants :*

* *Action innovante et structurante*
* *Favorise l’instauration d’une culture de sécurité entre les différents professionnels et y associe les patients*
* *Action conduite au plus près des patients et des professionnels et prenant ainsi en compte les enjeux actuels des parcours de soins*
* *Action visant à fédérer les professionnels de santé des différents secteurs de soins autour de priorités partagées.*

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

|  |  |
| --- | --- |
| Finess juridique |  |
| Finess géographique |  |
| Raison sociale / nom de l’établissement |  |
| Secteur (Sanitaire / MS/ Ambulatoire) |  |
| Commune : |  |
| Département |  |
|  | |
| Nom et prénom du correspondant de l’établissement : |  |
| Téléphone |  |
| Adresse mail |  |

**PROJET**

|  |
| --- |
| Thématique sur laquelle porte le projet (cocher la case correspondante)   * Les évènements indésirables graves associés aux soins * L’identitovigilance * Les erreurs médicamenteuses |
| * L’amélioration de la qualité des soins par le travail en équipe * Autre |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’action |  |
| Responsable de l’action |  |
| Objectif de l’action |  |
| Descriptif |  |
| Public ciblé |  |
| Acteurs concernés pour élaborer le projet |  |
| Documents annexés (titres et formats) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’autorise l’ARS Hauts de France à relayer sur son site internet le support produit par mon établissement | Oui | Non |
|  |  |

Le présent formulaire complété par vos soins est à nous transmettre au plus tard le :

**30 septembre 2021**

Le support présentant le projet devra dans la mesure du possible être annexé au dossier.

Il est recommandé de cibler et d’annexer ensuite tout document utile à la compréhension du projet.

L’ensemble doit être transmis en **format électronique uniquement** à l’adresse suivante **:**

ARS-HDF-DOS-AMELIORATION-EFFICIENCE@ars.sante.fr

**Tout formulaire incomplet ne pourra être pris en compte**