

---

## AUDIT CROISE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 2022

---

### FORMULAIRES D'ENGAGEMENT DES ETABLISSEMENTS ET DES AUDITEURS DANS L'AUDIT CROISE INTER ETABLISSEMENTS

---

- ✓ Engagement de l'établissement à être audité
- ✓ Choix des services à auditer
- ✓ Autorisation de déplacement de l'auditeur par son établissement

## ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

### AUDIT CROISÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_, Directeur de l'établissement

**Souhaite bénéficier de l'audit croisé inter établissement portant sur la prise en charge médicamenteuse.**

Je m'engage à respecter les modalités du projet :

- ▶ Recevoir les auditeurs missionnés pour mon établissement, durant une journée pour réaliser l'audit et mettre à leur disposition les moyens nécessaires visés par le protocole d'audit.
- ▶ Autoriser deux auditeurs de mon établissement à auditer un autre établissement.

Ce travail me permettra de dresser un état des lieux dans mon établissement, d'obtenir des indicateurs de comparaison avec les autres établissements de la région et de mesurer l'écart par rapport à l'audit croisé 2018.

- Je suis adhérent de RSQR et je suis à jour de ma cotisation pour 2022. Je prends note de la gratuité de l'audit croisé.

A envoyer avant le **30 juin 2022** :

Par courrier : Réseau Santé Qualité Risques – BP 10 – Avenue du Général Leclerc – 59487 Armentières Cedex

Ou par fax : 03.20.88.49.37

Ou par mail : [acpecm@rsqr-hdf.com](mailto:acpecm@rsqr-hdf.com)

## CHOIX DES SERVICES A AUDITER

Dans le cadre de l'audit croisé « Prise en charge médicamenteuse », vous avez la possibilité d'auditer 2 services au choix :

- 2 services sanitaires (MCO / PSY / SSR / USLD)
- 2 services d'EHPAD
- 1 service sanitaire (MCO / PSY / SSR / USLD) + 1 service d'EHPAD

*Dans la mesure du possible, les services doivent être dans un même lieu géographique.*

**Je souhaite auditer le(s) service(s) suivant(s) :**

- 2 services sanitaires :
- 2 services d'EHPAD
- 1 service sanitaire + 1 service d'EHPAD

**Choix du service n°1 :** \_\_\_\_\_

**Choix du service n°2 :** \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE DEPLACEMENT DE L'AUDITEUR PAR SON ETABLISSEMENT

### Autorisation de l'établissement dont dépend l'auditeur

*La désignation doit être faite par le Directeur de l'établissement d'un ou de plusieurs représentant(s) missionné(s) pour un audit croisé de Réseau Santé Qualité Risques et l'Omédit Hauts-de-France. Elle doit impérativement être signée par une personne habilitée.*

**J'autorise :**

- M (nom de l'auditeur) , (fonction)

Adresse mail :

Téléphone :

- M (nom de l'auditeur) , (fonction)

Adresse mail :

Téléphone :

**à assurer une mission d'auditeur dans un établissement participant à l'audit « Prise en charge médicamenteuse » auquel est inscrit mon établissement.**

J'ai bien noté que, en contrepartie, un groupe d'auditeurs exercera cette mission dans mon établissement à titre gracieux.

Tampon de l'établissement

Fait le

A

Signature du directeur