# Annexe 1 Formulaire d’engagement

***Formulaire descriptif de l’équipe***

***Déployer la démarche « Patient en Auto-Administration de ses Médicaments en cours d’hospitalisation, PAAM »***

Formulaire d’engagement à compléter et à renvoyer avant le : 17 février 2023 par voie électronique via l’adresse : [ppolizzi@ies-sud.fr](ppolizzi%40ies-sud.fr) et [carole.labat@ars.sante.fr](carole.labat%40ars.sante.fr)

**Identification**

1. **L’établissement de santé**

Nom de l’hôpital :

Numéro Finess :

Région (dresser une liste déroulante) :

Type (dresser une liste déroulante)

1. **Le service**

Nom du service concerné par le projet :

Activités du service :

Nombre de lits :

Pathologies prises en charge :

1. **Les référents du projet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Référent 1** | **Référent 2** | **Référent 3**  | **Référent 4** | **Autre**  |
| **Nom Prénom** |  |  |  |  |  |
| **Fonction** |  |  |  |  |  |
| **E-mail** |  |  |  |  |  |
| **Numéro de tél** |  |  |  |  |  |
| Autre(s) personnes ressources  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Vos attentes**

1. **Descriptif succinct de votre organisation concernant la prise en charge médicamenteuse :**

**Délivrance globale, nominative (comment),**

**Pilulier ou pas, préparé par qui, journalier, hebdomadaire**

**Innovation technologique particulière (code barre, autre)**

**Plan de prise, Supports éducatifs existants, etc.**

1. **Vos objectifs et attentes par rapport à PAAM**

Il s’agit d’un projet existant ❒ d’un nouveau projet ❒

Vos attentes vis-à-vis du projet (motifs, enjeux, etc.)

Périmètre envisagé (patient, pathologie, médicament)

Autres remarques :

Signature de la direction