**Formulaire de candidature de participation à la convention.**

Candidature pour participer à la convention de télésurveillance et d’orientation thérapeutique de l'insuffisance cardiaque

À envoyer dûment rempli, signé digitalement  et avec les pièces jointes demandées, à l'adresse suivante mobilehealth@riziv-inami.fgov.be

1. **L'établissement hospitalier qui se porte candidat**
2. Identification de l'établissement hospitalier

Nom de l'établissement hospitalier°: ............................................................

N° d'identification INAMI de l'établissement hospitalier \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse e-mail : ...........................................................................................

Rue et numéro° : ..........................................................................................

Code postal et commune : ...........................................................................

1. Identification du directeur médical de l'établissement hospitalier demandant :

Nom et prénom : ..............................................................................................

Adresse e-mail : ...............................................................................................

1. Personne de contact de l’équipe de télésurveillance *:*

Nom et prénom : ............................................................................................

Adresse e-mail : ...............................................................................................

Tel.: …………………………………………………………………………………...

1. **Identification et composition de l'équipe**
2. *Au moins un médecin-spécialiste en cardiologie*

Si plus de médecins-spécialistes participent, vous pouvez ajouter leurs données.

Nom et prénom : ...........................................................................................

Adresse e-mail : ...........................................................................................

Numéro INAMI : ..............................................................................................

Cours de formation/publications pertinents (avec référence) relatifs à la surveillance des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et/ou à la télésurveillance :

:...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Au moins un infirmier spécialisé dans l'insuffisance cardiaque ayant suivi avec succès une formation reconnue dans le domaine de l'insuffisance cardiaque.

Si d'autres infirmières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque participent, leurs données seront également ajoutées.

Nom et prénom : ......................................................................................

Adresse e-mail : .......................................................................................

Formation pertinente dans le domaine de l'insuffisance cardiaque :

Le formulaire attestant de l'obtention d'un diplôme de troisième cycle est joint.

*........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**III. L'organisation**

1. Capacité.

Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque sont-ils déjà suivis par télésurveillance ?

Si OUI :

Combien de patients sont actuellement suivis par télésurveillance ? ..............................................................

Si NON :

Veuillez estimer le nombre de patients éligibles à la télésurveillance et justifier cette estimation.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) Programme d'éducation

Décrire le programme d'éducation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Inclure le matériel pédagogique

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

1. Description du processus de télésurveillance

Les aspects suivants sont décrits :

* Les rôles/responsabilités et le profil de compétences des différents prestataires de soins de santé au sein de l'équipe de télésurveillance.
* Procédure de dépistage et de stratification des risques des patients.
* Procédure d'inclusion.

Le consentement éclairé est joint.

Le consentement éclairé comprend au moins : une explication de la télésurveillance, les coordonnées du patient/soignant, les coordonnées de l'équipe de télésurveillance, la manière dont le patient peut contacter l'équipe de télésurveillance, les heures de bureau pendant lesquelles l'équipe de télésurveillance peut être contactée, une feuille de route en cas de situation aiguë).

* Conservation du formulaire de consentement éclairé et d'engagement.
* Procédure de démarrage de la télésurveillance.
* Feuille de route des mesures prises en cas d'alarmes générées.
* Description des mesures prises lorsqu'aucun paramètre n'est transmis.
* Procédure pour les situations urgentes.
* Plan de communication (équipe de télésurveillance, soins primaires, patient/soignant).
* Description de la coopération avec les médecins traitants (généralistes) et les infirmières à domicile.
* Gestion des problèmes techniques
* Procédure d'interruption de la télésurveillance

d) Technologie utilisée

* Nom des plates-formes techniques, application utilisée, dispositifs de mesure connectés utilisés dans le cadre de la télésurveillance
* Description du mode de fonctionnement/fonctionnalité de la technologie utilisée

**IV. Responsabilité professionnelle**

Une assurance responsabilité professionnelle qui couvre l’utilisation de la télésurveillance pour tous les acteurs concernés.

**V. Engagements**

L'établissement hospitalier s'engage à :

- informer le Service des soins de santé de tout changement dans la composition de l'équipe via l'adresse e-mail: mobilehealth@riziv-inami.fgov.be ;

- permettre à tous les délégués de l'INAMI, au comité d’accompagnement et aux organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires à la mise en œuvre du présent accord.

*Les soussignés déclarent :*

* Qu’ils ont pris acte de la convention «Télésurveillance de l’insuffisance cardiaque» entre le Comité de l’assurance du Service des soins de santé de l'INAMI, un établissements hospitalier agréé et le directeur médical de l'établissement hospitalier agréé.
* Que les données ci-dessus, ainsi que toutes les annexes, ont été remplies complètement et correctement.
* Qu’ils remplissent les conditions prévues dans la convention «Télésurveillance de l’insuffisance cardiaque»

Fait à (lieu) .......................................... à la date de (date) …../…../…….

Nom, prénom et signature du directeur responsable au nom de l'autorité organisatrice de l'établissement hospitalier postulant

Nom, prénom, signature et cachet du directeur médical de l'établissement hospitalier postulant