

Démarche : ARS IDF - RECONNAISSANCE DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS  
2 - Volet Etablissement

Organisme : ARS IdF/Direction de l'offre de Soins Pôle Ville Hôpital

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>

## Formulaire

Vous pouvez déposer plusieurs demandes de reconnaissance de LISP.

Vous êtes invité à compléter un dossier par établissement (volet « établissement de santé »), auquel vous joindrez un dossier pour chaque service concerné par une demande de reconnaissance de LISP (volet « service »).

### Consignes de saisie des demandes de reconnaissance de LISP

La présente fenêtre de réévaluation concerne uniquement les établissements autorisés en SMR et disposant déjà de RC LISP.

Vous êtes invité à compléter :

-n dossier par établissement (volet « établissement de santé »), correspondant au présent dossier

Auquel vous joindrez :

-n dossier pour chaque service concerné par une demande de réévaluation de reconnaissance de LISP (volet « service »)

Point d'attention : les dossiers "établissement" et "service" doivent être "déposés" pour pouvoir être liés.

Voici la démarche à suivre :

- Une fois que vous avez rempli le présent dossier, cliquer sur "déposer mon dossier" sans

ARS IDF - RECONNAISSANCE DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS 2 - Volet Etablissement  
remplir les numéros de dossier "service". Cela vous permet d'obtenir un numéro de dossier « volet établissement ».

- Créer un dossier par service : <https://demat.social.gouv.fr/commencer/lisp-idf-service-2>
  - > Indiquer dans le champ "numéro du dossier établissement" le numéro du présent dossier (visible en haut dans le bandeau)
  - > Cliquer sur "déposer mon dossier" depuis le dossier "service".
  - > Refaire ces étapes si vous avez plusieurs services concernés.
- Revenir sur votre dossier "établissement". Vous avez reçu le lien par email ou vous le retrouvez depuis votre page d'accueil : <https://demat.social.gouv.fr/dossiers>
  - > Cliquer sur "modifier le dossier"
  - > Dans la partie relative aux dossiers service, vous pouvez désormais indiquer vos numéros de dossiers service car déposés. Selon le nombre de dossiers services déposés, renseignez leurs numéros.
  - > Déposer de nouveau votre dossier "établissement".

Nous vous invitons à consulter les textes suivants :

[Filière SP](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76-2.pdf)  
[Appuis SP](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-r4-31_du_7_fev_2022_relatifs_a_la_perennisation_des_appuis_geriatriques_et_soins_palliatifs.pdf)

**Ma demande concerne uniquement le renouvellement d'une reconnaissance pré-existante de LISP SMR (incluant leur mise à jour),**

Votre demande concerne le renouvellement de LISP SMR dans les services disposant de LISP déjà reconnus par l'ARS à date. Elle inclut toutes variations de leur nombre.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Des données portant sur des années complètes vont vous être demandées dans ce formulaire, sous forme "d'année complète N-1, N-2, N-3". Merci de nous indiquer quelle est votre année de référence "N".**

Indiquer l'année de référence N, sous forme aaaa

## Données générales de l'établissement de santé

Renseignez le numéro FINESS juridique de votre établissement

**Indiquez le département de votre établissement géographique sauf si vous appartenez à l'AP-HP auquel cas sélectionnez "AP-HP"**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

APHP

- Paris (75)
- Hauts-de-Seine (92)
- Seine-Saint-Denis (93)
- Val-de-Marne (94)
- Seine-et-Marne (77)
- Yvelines (78)
- Essonne (91)
- Val-d'Oise (95)

**Renseignez le numéro FINESS géographique de votre établissement**

**Adresse mail du représentant légal de la demande**

**Adresse mail de l'auteur de la demande**

**Renseignez le statut de l'établissement**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Privé lucratif
- Privé non lucratif
- Public

**Renseignez les autorisations obtenues de l'établissement**

Plusieurs choix possibles

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- MCO
- SMR
- Autres, à renseigner

**La présente fenêtre de réévaluation concerne uniquement les établissements disposant déjà de RC LISP en SMR**

**Autres autorisations détenues par l'établissement**

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement - Année N-1

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement - Année N-2

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement - Année N-3 complète

Nombre de décès intervenus au sein de l'établissement, en années N-1, N-2 et N-3 complètes

Nombre de décès intervenus au sein de l'établissement - Année N-1

Nombre de décès intervenus au sein de l'établissement - Année N-2

Nombre de décès intervenus au sein de l'établissement - Année N-3

## Objet de la demande

Est-ce que l'un des services porteurs de la présente demande de renouvellement de LISp mentionné est un service de pédiatrie?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Service(s) concerné(s) par la présente demande de renouvellement de LISp

Spécialité du service

Nom du responsable du service

Nombre de LISp reconnus actuellement

Service porteur

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Spécialité du service

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Spécialité du service**

**Nom du responsable du service**

**Nombre de LISP reconnus actuellement**

**Service porteur**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Nombre total de LISP faisant l'objet d'une demande de reconnaissance, tous services porteurs confondus**

**S'agit-il :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

D'un nombre et d'une affectation à l'identique de la précédente reconnaissance contractuelle par l'ARS

D'un nombre et/ou d'une affectation comportant des modifications par rapport à la précédente reconnaissance contractuelle par l'ARS

**Projet "Soins palliatifs" de l'établissement de santé**

**Le volet « soins palliatifs » est-il inscrit dans le projet d'établissement ?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Si non, préciser (dont, inscription en cours, en discussion, etc, ...)**

**Porteurs du projet « soins palliatifs » de l'établissement**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

**Coordonnées email du responsable**

**Coordonnées tél du responsable**

**Nom du responsable**

**Prénom du responsable**

**Fonction du responsable**

Coordonnées email du responsable

Coordonnées tél du responsable

Nom du responsable

Prénom du responsable

Fonction du responsable

Coordonnées email du responsable

Coordonnées tél du responsable

Nom du responsable

Prénom du responsable

Fonction du responsable

Coordonnées email du responsable

Coordonnées tél du responsable

**Le projet de LISP est-il inscrit dans le volet « soins palliatifs » du projet d'établissement ?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Une équipe mobile de soins palliatifs est-elle rattachée juridiquement à l'établissement ?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Si non, une convention est-elle signée avec une ou plusieurs EMSP ?**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 Oui Non En cours d'organisation**EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Nom EMSP****Une équipe mobile (dont ERRSPP) est-elle en mesure d'intervenir pour des situations de soins palliatifs pédiatriques ?**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 OUI, rattachée juridiquement à l'établissement OUI, extérieure à l'établissement NON**Commentaire**

## Pièces jointes au dossier

**Vous êtes invité à joindre tout document que vous jugerez utile, notamment :**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Volet "soins palliatifs" du projet médical d'établissement

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Projet LISP de l'établissement

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- Tout autre document utile

## Dossier par service

**Nous vous remercions de bien vouloir renseigner un dossier pour chaque service concerné par une demande de reconnaissance LISP**

Les dossiers "établissement" et "service" doivent être "déposés" pour pouvoir être liés (voir la démarche à suivre dans les "consignes" du présent dossier).

Les champs ci-dessous seront donc à remplir dans un second temps, une fois vos dossiers "service" déposés.

### **Numéro de dossier - Service 1**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

### **Numéro de dossier - Service 2**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

### **Numéro de dossier - Service 3**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

### **Numéro de dossier - Service 4**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

### **Numéro de dossier - Service 5**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

### **Numéro de dossier - Service 6**

**Numéro de dossier - Service 7**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

**Numéro de dossier - Service 8**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

**Numéro de dossier - Service 9**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

**Numéro de dossier - Service 10**

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

## **Engagements du demandeur**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Engagements signés

Merci de télécharger le modèle d'engagement : le remplir, le signer et le déposer dans le champs ci-dessous.