

Ce questionnaire est à compléter par les médecins qui souhaitent se lancer une démarche d'accréditation en équipe. Il est adressé par le référent de l'équipe à l'organisme agréé de leur spécialité.

Votre spécialité :	
Nom, N° Finess et lieu de votre établissement de santé :	
Date de transmission de ce formulaire à l'organisme agréé:	

1. Description de l'équipe

1.1. Dimension de l'équipe

Item	Nombre de personnes	En équivalent temps plein
Nombre de praticiens de la spécialité exerçant dans votre unité/service/département/pôle		
Nombre de praticiens de la spécialité qui s'engagent dans la démarche en équipe		
Nombre de praticiens qui ne sont pas de la spécialité, qui s'engagent dans la démarche en équipe		
Nombre de paramédicaux qui s'engagent dans la démarche en équipe (le cas échéant)		

► Coordonnées de l'équipe

- Adresse postale :
- Téléphone :
- Mail (**obligatoire**) :

► Quelle est la ou les personne(s) identifiée(s) comme référente(s) de l'équipe ?

- Référent :
- Référent :

► Commentaires :

1.2. Liste des membres de l'équipe qui s'engagent dans la démarche d'accréditation

1 – Med, IDE, ASQ, IADE ; 2 – Salarié, Libéral, Mixte, Militaire ; 3 – dans le système d'information de l'accréditation des médecins (SIAM) de la HAS (<https://accreditation-des-medecins.fr/>) : non inscrit, engagé le (précisez à quelle date), accrédité le (précisez à quelle date)

Prénom - Nom	Cat. profession ¹	Spécialité	Mode d'activité ²	Position Accréditation dans le SIAM (médecin uniquement) ³
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le

				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le
				<input type="checkbox"/> Non inscrit <input type="checkbox"/> Engagé le <input type="checkbox"/> Accrédité le

2. Représentants de l'établissement de santé

Item	Description
Nom du Directeur Général, représentant légal de l'établissement Tel / mail	
Nom du président de CME Tel / mail	
Nom du coordonnateur de gestion des risques associés aux soins Tel / mail	

► Engagement d'information

L'équipe s'engage à informer le représentant légal et le président de CME de leur engagement dans la démarche.