



Démarche : ARS NOR - RECONNAISSANCE DE LITS IDENTIFIES DE SOINS
PALLIATIFS - Volet Etablissement

Organisme : ARS NOR/Pole planification et Organisation de l'offre de Soins/
Direction Offre de Soins

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

Vous pouvez déposer plusieurs demandes de reconnaissance de LISP.

Vous êtes invité à compléter :

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

Auquel vous joindrez :

- Un dossier pour chaque service concerné par une demande 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 NOR - RECONNAISSANCE DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS - 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-nor-service>
 - > 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)

La présente demande est déposée au titre :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- (1) Du renouvellement d'une reconnaissance pré-existante de LISP (incluant leur mise à jour). Votre demande concerne le renouvellement de LISP dans les services disposant de LISP déjà reconnus par l'ARS à date. Elle inclut toutes variations de leur nombre.
- (2) D'une reconnaissance de LISP dans un service n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle par l'ARS. Votre demande concerne une nouvelle reconnaissance de LISP, au sein de service(s) ne disposant pas de LISP reconnus par l'ARS à date.

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

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

Autres autorisations détenues par l'établissement

Nombre de séjours relevant d'un diagnostic Z51.5 « Soins palliatifs », en diagnostic principal (DP) ou diagnostic associé (DA), dans l'établissement, tous champs confondus, en années N-1, N-2 et N-3 complètes

Année N-1 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement

Année N-2 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement

Année N-3 complète

Nombre de séjours « soins palliatifs » au sein de l'établissement

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

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

Nombre de décès intervenus au sein de l'établissement

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

Autre :

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

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 et déposer 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

A remplir uniquement lorsque le dossier Service a été déposé

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.