**Nom du SSIAD : ……………………………………………………………………………DATE : …………………………………..**

**Coordonnées du SSIAD : ………………………………………………………………………………………………….…………..**

**Nom et coordonnées de la Direction : ……………………………………………………………………………………………..**

**Nom et coordonnées de l’IDEC/Cadre :…………………………………………………………………………………………….**

**Nom et coordonnées du contact du SSIAD pour l’**EMP3**:…………………………………………………….………..**

**FINESS : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. Statut du SSIAD

Public autonome  Fonction publique hospitalière  Privé lucratif

Fonction publique territoriale  Privé à but non lucratif

1. Dépendance / Charge en soins

Dernier GMP : …………………………………. date :

Dernier PMP : …………………………………. date :

1. Capacité

Nombre de places personnes âgées : …………………….

Nombre de places personnes en situation de handicap : …………………….

ESA ? si oui, nombre de places : ………………………………..

Autres services de votre structure :

EHPAD  Oui  Non Nombre de places : …….

CH  Oui  Non Nombre de places : …….

SAAD  Oui  Non Nombre de places : …….

AJ  Oui  Non Nombre de places : …….

CRT  Oui  Non Nombre de places : …….

Résidence  Oui  Non Nombre de places : …….

Autre (précisez)  Oui  Non Nombre de places : …….

1. Ressources humaines du SSIAD :

Nombre d’ETP total du service : …………………………………..…….…………

Nombre d’ETP IDEC ou Cadre de santé : ……………….………………..……….………...

Nombre d’ETP IDE : ………………………………………….……….……………..………………..

Nombre d’ETP AS: ………………………………………………….….………………………………

Nombre d’ETP AMP/AES: …………………………………………….………….…………………

Nombre de personnel ayant le diplôme d’ASG : ………….………………………………

Présence IDE d’astreinte :  Oui  Non

Interne  Externe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Paramédicaux/Autres*** | ***Salarié*** | ***Libéral*** |
| Ergothérapeute | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Psychomotricien | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Psychologue | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Diététicien | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Art-thérapeute / Musicothérapeute | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Autres : ………………………………………………. | Si salarié, Nb d’ETP : |  |

**Chantier ou projet particulier en cours : ……………………………………….**

**Année de la réactualisation de la Convention tripartite : ……………………………………………………………**

**CPOM prévu : ………………………………………………………………………………………………………………………………**