**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 : ………………………………………………………………………………………………………………………………**