

Données relatives au secteur infirmier pour l'année 2018

Secteur FSM

Nombre de journées cumulées en secteur FSM *

Nombre de personnes accueillies en secteur FSM *

Répartition des personnes par GIR *

Nombre de personne(s) en :					
GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6

Secteur FRC

Nombre de journées cumulées en secteur FRC *

Nombre de personnes accueillies en secteur FRC *

Répartition des personnes par GIR *

Nombre de personne(s) en :					
GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6

Equipe dédiée au secteur infirmier

Médecins *

Salariés		Religieux/Religieuses dans la communauté (Joindre les diplômes à l'adresse : fsi@cavimac.fr)		Libéraux
Nombre	ETP	Nombre	ETP	Oui/Non

Infirmiers/Infirmières diplômés d'Etat *

Salariés		Religieux/Religieuses dans la communauté (Joindre les diplômes à l'adresse : fsi@cavimac.fr)		Libéraux
Nombre	ETP	Nombre	ETP	Oui/Non

Aides soignantes (ASD/AMP) *

Salariés		Religieux/Religieuses dans la communauté (Joindre les diplômes à l'adresse : fsi@cavimac.fr)		Libéraux
Nombre	ETP	Nombre	ETP	Oui/Non

Auxiliaires de vie *

Salariés		Religieux/Religieuses dans la communauté			Libéraux
Nombre	ETP	Nombre	ETP	Age	Oui/Non

Agents de service hospitalier (ASH) ou autres *

Salariés		Religieux/Religieuses dans la communauté			Libéraux
Nombre	ETP	Nombre	ETP	Age	Oui/Non

Bénéficiaires de l'APA

Noms	Prénoms	Numéro de sécurité sociale

Autres soins

Avez-vous eu recours aux prestations suivantes ? *

☐ HAD (hospitalisation à domicile) ☐ SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ☐ Forfait soins courants

Pour quel(le)s assuré(e)s ?

Noms	Prénoms	Numéro de sécurité sociale

EHPAD à proximité

Coordonnées * : _____

Projet de transformation de la structure de vie en établissement médico-social

Avez-vous engagé une démarche de transformation en établissement médico-social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, vers quel type d'établissement ? ☐ EHPAD ☐ EHPA ☐ PUV ☐ Autre : _____

Avez-vous signé un CPOM ? ☐ Oui (joindre la convention et l'arrêté d'autorisation de l'établissement à l'adresse : fsi@cavimac.fr)
☐ Non, veuillez préciser l'état de la démarche : _____

Projet de réhabilitation

Des travaux sont-ils en cours ou prévus au sein de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser la nature des travaux : _____

Période des travaux : du au

Sécurité de la structure de vie

La structure de vie a-t-elle reçu la visite de la commission de sécurité * ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre la copie du dernier avis de passage à l'adresse mail : fsi@cavimac.fr

Les pompiers connaissent-ils la structure de vie * ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la dernière date de passage * : Exercice de sécurité * : ☐ Oui ☐ Non

Observations

Etes-vous satisfait du nouveau format de l'enquête ?

☐ Très satisfait

☐ Satisfait

☐ Non satisfait

Si non satisfait, indiquez pourquoi ?

Avez-vous des observations complémentaires ?

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) : _____

agissant en qualité de : _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans cette enquête.

Fait à : _____ , le

Signature :