**Nom de l’EHPAD : ……………………………………………………………………………DATE : …………………………………..**

**Coordonnées de l’EHPAD : ………………………………………………………………………………………………….…………..**

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

**Nom et coordonnées du Médecin Coordonnateur : …………………………………………………………………………**

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

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

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

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

1. Statut de l’EHPAD

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 lits d’hébergement permanent : …………………….

Nombre de lits d’hébergement temporaire : …………………….

Nombre de places en accueil de jour : ………………………………..

PASA  Oui  Non Nombre de places : …….

UHR  Oui  Non Nombre de places : …….

UVP  Oui  Non Nombre de places : …….

PHV  Oui  Non Nombre de places : …….

1. Ressources humaines

Nombre d’ETP total de l’établissement : …………………………………..…….…………

Nombre d’ETP de médecin co alloué : ………………………………………..…….……....

Nombre d’ETP de médecin co pourvu : ………………………..……………….…………..

Nombre de médecins salariés : ……………………………………..……………….………….

Nombre de médecins libéraux : ……………………………………….……………….……....

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 : ………….………………………………

Nombre d’ETP auxiliaire de vie/aide hôtelière : ………………………………………….

Nombre d’ETP animateurs : …………………………………………………………….………….

Présence IDE la nuit :  Oui  Non

Présence IDE d’astreinte :  Oui  Non

Interne  Externe

Présence d’une astreinte médicale la nuit :  Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Paramédicaux/Autres*** | ***Salarié*** | ***Libéral*** |
| Enseignant en activité physique adaptée | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Ergothérapeute | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Psychomotricien | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Psychologue | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Diététicien | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Kinésithérapeute | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Orthophoniste | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Socio-esthéticienne | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Art-thérapeute / Musicothérapeute | Si salarié, Nb d’ETP : |  |
| Autres : ………………………………………………. | Si salarié, Nb d’ETP : |  |

1. Lieux/ outils de Rééducation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Présence d’un extérieur/ jardin : | Oui | Non | Utilisé |
| Parcours de marche : | Oui | Non | Utilisé |
| Salle de rééducation / plateau technique : | Oui | Non | Utilisé |
| Espace Snoezelen : | Oui | Non | Utilisé |
| Espace Balnéothérapie : | Oui | Non | Utilisé |
| Médiation animale : | Oui | Non | Utilisé |
| Interne | Externe | Utilisé |

Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Restauration

Cuisine :  Interne  Externe, prestataire :

liaison froide  liaison chaude

1. Pharmacie

Présence d’une pharmacie  Interne  Externe

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

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

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