



## Charte d'engagement Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD - Appui méthodologique



### ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, Directeur de l'établissement ou son représentant, souhaite bénéficier de l'appui méthodologique sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.

L'établissement s'engage à respecter les modalités du projet sur une période d'1 an :

- ▶ Identifier **2 référents** volontaires de la prise en charge médicamenteuse au sein de mon établissement
- ▶ Respecter les étapes du projet et suivre le calendrier de déploiement régional
- ▶ Permettre d'avoir au minimum un **référent présent aux 6 visioconférences** (lancement et points d'étapes)
- ▶ Utiliser l'ensemble des outils et supports mis à disposition dans le kit régional
- ▶ **Réaliser en interne les différents travaux intermédiaires dans le délai imparti**
- ▶ S'engager à **réaliser un audit croisé** (avec formation des 2 auditeurs) sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD avec une structure extérieure et autoriser deux auditeurs de mon établissement à auditer un autre établissement

*Cet engagement implique un investissement institutionnel au regard des actions à entreprendre tout au long de l'année.*

### AUTORISATION DE PARTICIPATION DES REFERENTS PAR L'ETABLISSEMENT

#### Autorisation de l'établissement dont dépend les référents

*Le Directeur de l'établissement désigne 2 référents du projet.*

L'établissement autorise :

- M./Mme (*nom du Référent*) : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_
  
- M./Mme (*nom du Référent*) : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**à participer à l'ensemble des engagements cités ci-dessus dans le cadre de l'appui méthodologique sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD. En cas de départ d'un référent, merci de transmettre les coordonnées du nouveau référent.**

J'ai bien noté que cet appui méthodologique est réalisé à titre gracieux.

Tampon de l'établissement

Fait le

A

Signature du Directeur ou de son représentant

A retourner en pièce jointe du formulaire d'inscription avant **le 4 décembre 2022**.  
Pour toute difficulté, merci de contacter [c.reynier@qualva.org](mailto:c.reynier@qualva.org)