**Identification**

1. **L’établissement de santé**

Nom de l’hôpital :

Numéro Finess :

Type (Rayer les mentions inutiles) : Médecine- Chirurgie- Obstétrique - HAD – SSR – USLD- Dialyse – Ambulatoire-

1. **Le service**

Nom du service concerné par le projet :

Activités du service :

Nombre de lits :

Pathologies prises en charge :

1. **Les référents du projet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Référent 1** | **Référent 2** | **Référent 3** | **Référent 4** | **Autre** |
| **Nom Prénom** |  |  |  |  |  |
| **Fonction** |  |  |  |  |  |
| **E-mail** |  |  |  |  |  |
| **Numéro de tél** |  |  |  |  |  |
| Autre(s) personnes ressources | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Vos attentes**

1. **Descriptif succinct de votre organisation concernant la prise en charge médicamenteuse :**

**Délivrance globale, nominative (comment),**

**Pilulier ou pas, préparé par qui, journalier, hebdomadaire**

**Innovation technologique particulière (code barre, autre)**

**Plan de prise, Supports éducatifs existants, etc.**

1. **Vos objectifs et attentes par rapport à PAAM**

Il s’agit d’un projet existant ❒ d’un nouveau projet ❒

Vos attentes vis-à-vis du projet (motifs, enjeux, etc.)

Périmètre envisagé (patient, pathologie, médicament)

Autres remarques :

Nom et Signature de la direction :