

|  |
| --- |
|  |
| **Dossier de demande d’agrément SFRMS** |

|  |
| --- |
| Dossier conjoint d’un réseau de Centres de Sommeil : Dossier du Centre Principal et des Centres Partenaires**Centre Principal:****Centre(s) souhaitant s’afflier :** |

☐ J’autorise la SFRMS à afficher le nom du responsable des Centres du Sommeil sur le site internet et la documentation SFRMS

**Dossier à remplir de électroniquement et à renvoyer par mail à** **contact@sfrms.org**

**SFRMS**

**18 rue Armand Moisant**

**75015 Paris – FRANCE**

**Courriel : contact@sfrms.org**

**Téléphone : +33(0)1 43 20 67 96**

**http://www.sfrms-sommeil.org**

**CENTRE PRINCIPAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |   |
| **Intitulé du centre de sommeil** |   |
| **Adresse Postale** |   |
| **Mail / Téléphone** |   |
| **Intitulé du département ou Service abritant le centre** |   |
| **Nom de la structure hospitalière/clinique / pôle** |   |
| **Affiliation universitaire ?** (OUI/NON) **Si oui, laquelle?** |   |
| **Demande antérieure d'agrément ?** (OUI/NON)  **Si oui en quelles années?** |   |
| **Nom et Titre du/des médecins assurant la responsabilité du centre de sommeil** |   |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION BREVE DE L'HISTORIQUE DU CENTRE DE SOMMEIL**  |
|   |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : EQUIPE MEDICALE** |
| **EQUIPE MEDICALE : pour chacun des médecins travaillant dans le CDS merci d'indiquer sa fonction, sa spécialité, son temps passé au CDS et ses diplômes du sommeil.** |
| Nom  | Fonction | Spécialité  | Nombre demi-journées consacrées au CdS | Diplôme/formation dans le domaine du sommeil et l'année d'obtention |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
| **REUNIONS DE L'EQUIPE MEDICALE : Préciser la fréquence, la durée, le public, et l'objet des réunions** |
|  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : EQUIPE PARAMEDICALE** |
| **TECHNICIENS ET INFIRMIERS : indiquer leurs fonctions, leur ancienneté, leur temps passé au CDS, et leurs diplômes sommeil.** |
| Nom | Fonction | Ancienneté | Nombre demi-journées consacrées au CdS | Diplôme/Formation sur le sommeil et année d'obtention |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| **DESCRIPTIF GENERAL DES FORMATIONS REGULIERES ET PONCTUELLES, LOCALES OU EXTERNES, ORGANISEES POUR LES INFIRMERS ET TECHNICIENS** |
|   |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : EQUIPE ADMINISTRATIVE** |
| **INDIQUER LES HORAIRES DU SECRETARIAT ACCESSIBLE AUX PATIENTS ET LE NUMERO DE TELEPHONE** |
|   |
| **ETUDIANTS** |
| **Recevez-vous des étudiants en formations ? Merci de préciser le nombre d’étudiants accueillis par an, en distinguant les médecins et paramédicaux, et en indiquant le type de formation (DU/DIU).** |
|  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : EQUIPEMENT** |
| **PRECISEZ POUR CHAQUE CHAMBRE :**  |
| n° | Taille (m²) | Nombre de lits dans la chambre | Climatisation ? | Isolation phonique ? | Possibilité d'obtenir de l'obscurité | Cabinet de toilette dans la chambre ? | Interphone relié au local de surveillance ? | Système vidéo ? |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PRECISEZ POUR CHAQUE SYSTÈME D'ENREGISTREMENT :** |
| n° | Marque et modèle | Année d'achat | Fixe/Mobile | Nombres et types de voies d'enregistrement |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : TECHNIQUES ET CRITERES D'ENREGISTREMENT** |
| **FOURNIR LE MONTAGE STANDARD UTILISE POUR :** |
| Une recherche de SAS |  |
| Un contrôle de SAS sous PPC |  |
| Une parasomnie |   |
| Un test itératif de latences d'endormissements |   |
| **LES ACTIVITES SUIVANTES SONT ELLES EFFECTUEES ?** |
| Actimétrie |   |
| Thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie en individuelle et /ou en groupe |   |
| Action d’éducation envers les patients à détailler (programme validé par l’ARS oui/non) |   |
| Initiation ou contrôle de ventilation (PPC ou VNI) en hôpital de jour |   |
| Avez-vous d’autres pratiques non listées dans ce document ? |  |
|

|  |
| --- |
| **ACTIVITE DU CENTRE DE SOMMEIL**  |
| **ACTIVITE DE L'ANNEE PRECEDENTE (nombre de)** | **Nombre** |
| Consultations de pathologies du sommeil |   |
| Enregistrements polygraphiques ambulatoires |   |
| Enregistrements polygraphiques en hospitalisation |   |
| Enregistrements polysomnographiques de moins de 12h en ambulatoires |   |
| Enregistrements polysomnographiques de moins de 12h en hospitalisation  |   |
| Enregistrements polysomnographiques de plus de 12h en ambulatoires |   |
| Enregistrements polysomnographiques de plus de 12h en hospitalisation |   |
| Tests itératifs de latences multiples d'endormissement |   |
| Tests de maintien d'éveil |   |
| EEG prolongés  |   |
| Actimétrie |   |
| Autres (précisez) |   |
| **DONNES DU PMSI (nombre de) Nombres de séjours pour chacun des 5 principaux GHS (Groupe Homogène de séjours) de l'année précédente :** | **Nombre** |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| **REPARTITION DES DIAGNOSTICS ESTIMES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES OU VUS EN CONSULTATION AU CDS (en pourcentage)** | **%** |
| Pathologies respiratoires |   |
| Impatiences - MPS |   |
| Narcolepsie - Hypersomnies |   |
| Parasomnies |   |
| Insomnies |   |
| Autre (précisez) |   |
| Le total peut être supérieur à 100% en raison des pathologies intriquées |
| **ACTIVITE DU CENTRE DE SOMMEIL**  |
| **REPARTITIONS DES AGES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES AU CDS (en pourcentage)** | **%** |
| Moins de 5 ans |   |
| 5 à 15 ans |   |
| Plus de 15 ans |   |

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION : COMPTES RENDUS ET ARCHIVAGE DES EXAMENS** |
| **PRECISEZ QUELS MEDECINS ET/OU TECHNICIENS PARTICIPENT A LA LECTURE DES ENREGISTREMENTS** |
|   |

**CENTRE AFFILIE n°**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |   |
| **Intitulé du centre de sommeil** |   |
| **Adresse Postale** |   |
| **Mail / Téléphone** |   |
| **Intitulé du département ou Service abritant le centre** |   |
| **Nom de la structure hospitalière/clinique / pôle** |   |
| **Affiliation universitaire ?** (OUI/NON) **Si oui, laquelle?** |   |
| **Demande antérieure d'agrément ?** (OUI/NON)  **Si oui en quelles années?** |   |
| **Nom et Titre du/des médecins assurant la responsabilité du centre de sommeil** |   |
| **DESCRIPTION BREVE DE L'HISTORIQUE DU CENTRE DE SOMMEIL**  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **EQUIPE MEDICALE : pour chacun des médecins travaillant dans le CDS merci d'indiquer sa fonction, sa spécialité, son temps passé au CDS et ses diplômes du sommeil.** |
| Nom  | Fonction | Spécialité  | % de temps consacré au CDS | Diplôme/formation dans le domaine du sommeil et l'année d'obtention |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| **REUNIONS DE L'EQUIPE MEDICALE : Préciser la fréquence, la durée, le public, et l'objet des réunions** |
|  |
|

|  |
| --- |
| **EQUIPE PARAMEDICALE** |
| **TECHNICIENS ET INFIRMIERS : indiquer leurs fonctions, leur ancienneté, leur temps passé au CDS, et leurs diplômes sommeil.** |
| Nom | Fonction | Ancienneté | % temps consacré au CDS | Diplôme/Formation sur le sommeil et année d'obtention |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
| **DESCRIPTIF GENERAL DES FORMATIONS REGULIERES ET PONCTUELLES, LOCALES OU EXTERNES, ORGANISEES POUR LES INFIRMERS ET TECHNICIENS** |
|   |
| **EQUIPE ADMINISTRATIVE** |
| **INDIQUER LES HORAIRES DU SECRETARIAT ACCESSIBLE AUX PATIENTS ET LE NUMERO DE TELEPHONE** |
|   |
| **ETUDIANTS** |
| **Recevez-vous des étudiants en formations ? Merci de préciser le nombre d’étudiants accueillis par an, en distinguant les médecins et paramédicaux, et en indiquant le type de formation (DU/DIU).** |
|  |

|  |
| --- |
| **EQUIPEMENT** |
| **PRECISEZ POUR CHAQUE CHAMBRE :**  |
| n° | Taille (m²) | Nombre de lits dans la chambre | Climatisation ? | Isolation phonique ? | Possibilité d'obtenir de l'obscurité | Cabinet de toilette dans la chambre ? | Interphone relié au local de surveillance ? | Système vidéo ? |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PRECISEZ POUR CHAQUE SYSTÈME D'ENREGISTREMENT :** |
| n° | Marque et modèle | Année d'achat | Fixe/Mobile | Nombres et types de voies d'enregistrement |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |

**ACTIVITE DU CENTRE DE SOMMEIL**  |
| **ACTIVITE DE L'ANNEE PRECEDENTE (nombre de)** | **Nombre** |
| Consultations de pathologies du sommeil |   |
| Enregistrements polygraphiques ambulatoires |   |
| Enregistrements polygraphiques en hospitalisation |   |
| Enregistrements polysomnographiques de moins de 12h en ambulatoires |   |
| Enregistrements polysomnographiques de moins de 12h en hospitalisation  |   |
| Enregistrements polysomnographiques de plus de 12h en ambulatoires |   |
| Enregistrements polysomnographiques de plus de 12h en hospitalisation |   |
| Tests itératifs de latences multiples d'endormissement |   |
| Tests de maintien d'éveil |   |
| EEG prolongés  |   |
| Actimétrie |   |
| Action d’éducation envers les patients à détailler (programme validé par l’ARS oui/non) |   |
| Autres (précisez) |   |

|  |
| --- |
| **COMPTES RENDUS ET ARCHIVAGE DES EXAMENS** |
| **PRECISEZ QUELS MEDECINS ET/OU TECHNICIENS PARTICIPENT A LA LECTURE DES ENREGISTREMENTS** |
|   |

|  |
| --- |
| **LIEN ENTRE LE CENTRE PRINCIPAL ET LE CENTRE PARTENAIRE :** |
| Convention entre les deux centres (oui/non) |   |
| Nombre de staffs par an |   |
| Organisation de prises en charges de patients accélérées entre les deux centres (brève description) |   |
| Vacations de médecins partagés entre les deux centres |   |

**Centre Affilié :** ................................................

**Centre Principal :** ................................................

Flux de patients : ................

Distance Km : .............

Flux de patients : ................

**ANNEXES :**

Merci de compléter le dossier avec :

- La copie de la convention entre les deux centres

- Tout autres documents jugés utiles pour appuyer la demande d’agrément

**Dossier à remplir de électroniquement et à renvoyer par mail à** **contact@sfrms.org**

**SFRMS**

**18 rue Armand Moisant**

**75015 Paris – FRANCE**

**Courriel : contact@sfrms.org**

**Téléphone : +33(0)1 43 20 67 96**

**http://www.sfrms-sommeil.org**

