

Dossier de demande d'agrément SFRMS

Centre de niveau 1

Nom du Centre de Sommeil :

Merci de cocher la case qui correspond à votre type de demande :

Première Demande d'agrément SFRMS d'un Centre de Sommeil : ☐

Renouvellement d'agrément SFRMS d'un Centre du Sommeil : ☐

☐ J'autorise la SFRMS à afficher le nom du responsable du centre du sommeil sur le site internet et la documentation SFRMS

Dossier à remplir électroniquement et à renvoyer par mail à accreditation@sfrms.org.

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.

[illegible]

TRAVAIL EN RESEAU : les médecins travaillent ils en réseau avec d'autres centres ou spécialistes pour la prise en charge des patients du CDS ?

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				

ACTIVITE DE FORMATION

Merci d'indiquer toutes les activités de formation universitaire et non universitaires de l'équipe (avec le nombre d'étudiants)

Activités de Recherche

Merci d'indiquer toutes les activités de recherche (études en cours, rôle d'investigateur..)

Publications

Merci de lister les 10 dernières publications de l'équipe

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