

**STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE
REBELLE
Informations générales concernant la structure**

Nom de l'établissement de santé :
Code finess :

- Responsable médical de la structure
 - Nom :
 - Téléphone :Mail :
- Appellation de la structure :
- Catégorie à laquelle appartient la structure (cocher la case correspondant) :
 - consultation unité centre
 - cette catégorie est habilitée par l'A.R.H : oui non Si, oui, en quelle année :
- Rattachement de la structure à (cocher la ou les cases) :
 - un pôle : oui non nom du pôle :
 - un service : oui non nom du service :
 - un réseau : oui non nom du réseau :
 - structure relevant du secteur privé :
- La structure est identifiée comme UF : oui non
 - si oui, numéro UF* :,,
 - cette UF concerne (cocher la case correspondant)
 - la structure douleur
 - la structure douleur et soins palliatifs
 - la structure douleur et soins de support
- La structure dispose de lits ou places d'hospitalisation : oui non
 - si, oui, il s'agit de :
 - Lits d'hospitalisation complète
 - appartenant à la structure : oui non
 - si oui, nombre de lits : Lits
 - mis à la disposition de la structure par d'autre(s) service(s) : oui non
 - si oui, nombre de lits mis à disposition :lits
 - pour la mise à disposition de ces lits une convention avec ce(s) service(s) a été signée : oui non
 - Places d'hospitalisation de semaine
 - appartenant à la structure : oui non
 - si oui, nombre de places :lits
 - mises à la disposition de la structure par d'autre(s) service(s) : oui non
 - si oui, nombre de places mises à disposition :lits
 - pour la mise à disposition de ces places, une convention avec ce(s) service(s) a été signée : oui non
 - Places d'hospitalisation de jour
 - appartenant à la structure : oui non
 - si oui, nombre de places :lits
 - mises à la disposition de la structure par d'autre(s) service(s) : oui non
 - si oui, nombre de places mises à disposition :lits
 - pour la mise à disposition de ces places une convention avec ce(s) service(s) a été signée : oui non
- Nombre de bureaux et de salles de consultation disponibles pour la structure* : pièces
 - représentant une surface de :mètres²
 - ces locaux sont regroupés : oui non
- la structure a accès à un plateau technique* : oui non
- La structure accueille (cocher la case correspondant)
 - des adultes
 - des enfants
 - des adultes et des enfants File active* enfants :enfants

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE REBELLE

Informations générales concernant la structure

PERSONNEL MEDICAL (*Anesthésiste, Interniste, Neurologue, Psychiatre, Rhumatologue, ...*) intervenant dans la structure

Nom - Prénom	Spécialité	Formation douleur		Statut (1)	Présence en ETP* dans la structure		Dont C (4) Oui/non
		DU	Capacité		A(2)	B (3)	

PERSONNEL NON MEDICAL intervenant dans la structure

	Nombre total	Dont possédant un DU douleur	Présence totale en ETP dans la structure		Dont nombre de convention (5)
			A(2)	B(3)	
Psychologue					
Infirmier					
Kinésithérapeute					
Assistant social					
Secrétaire					
Autres : à préciser					

(1) Statut : PH temps complet (PH TC), PH temps partiel (PH TP), Praticien attaché (PA)

(2) A : pour le personnel exclusivement dédié à la structure.

(3) B : pour le personnel intervenant dans la structure et appartenant à un autre service

(4) C : pour le personnel intervenant dans la structure et appartenant à un autre service indiquer « oui » si une convention avec cet autre service est signée pour la mise à disposition de ce personnel et indiquer « non » dans le cas contraire

(5) : pour les professionnels intervenant dans la structure et appartenant à un autre service indiquer le nombre de convention signée pour la mise à disposition de ce personnel

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE : année
--

ACTIVITE DE PRISE EN CHARGE DE LA STRUCTURE

- File active
 - de patients externes* :patients
 - de patients internes* : patients
- Nombre de nouveaux patients vus en consultation* :
 - patients externes* :patients
 - patients internes * :patients
- Nombre de de journées réalisées en hospitalisation complète : journées
- Nombre de de venues réalisées en hospitalisation de semaine : venues
- Nombre de de venues réalisées en hospitalisation de jour : venues
- Nombre de GHS «douleur chronique» facturés dans l'établissement de santé :
 - pour le compte de la structure :GHS « douleur chronique »
 - pour le compte d'autre(s) service(s) :GHS « douleur chronique »

ACTIVITE DES PROFESSIONNELS DE LA STRUCTURE*

- Nombre de consultations médicales réalisées :consultations
 - Dont nombre réalisé auprès de patients externes* :consultations
- Nombre d'actes interventionnels* réalisés par les médecins de la structure :
- Nombre d'interventions réalisées par le(s) psychologue(s) clinicien(s) :interventions
 - Dont nombre réalisé auprès des patients externes* : interventions
- Nombre d'actes /interventions* réalisés par l'(es) infirmier(s) :interventions/actes
 - Dont nombre réalisé auprès des patients externes* : interventions/actes
- Nombre d'actes en lettre clef réalisés par le(s) kinésithérapeute(s) :actes
 - Dont nombre réalisé auprès des patients externes :
- Nombre d'interventions réalisées par l'(es) assistante(s) sociale(s) :interventions
 - Dont nombre réalisé auprès des patients externes :interventions

ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE LA STRUCTURE

- Formation initiale (étudiant médecine, personnels non médicaux) : oui non
Si oui, nombre d'heures d'enseignement effectué :heures
- Enseignement universitaire (DIU, Capacité, DESC) : oui non
Si oui, nombre d'heures d'enseignement effectué : heures
La structure coordonne cet enseignement : oui non
- Formation continue (médecins, personnels non médicaux hospitaliers, Ehad,) : oui non
Si oui, nombre d'heures d'enseignement effectué :heures
- La structure accueille des stagiaires : oui non Si oui, (*cocher et compléter*)

<input type="checkbox"/> Médecin	nombre d'externes accueilli:
	nombre d'internes accueilli :
<input type="checkbox"/> Etudiant IFSI	nombre d'étudiants accueilli :
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	nombre accueilli :

- La structure réalise une activité de recherche : oui non Si oui, (cocher et compléter)
 Publications par cotation SIGAPS Nombre de points SIGAPS :
- Participation à des études multicentriques Nombre d'études :
- Participation à des PHRC (nationaux ou régionaux)
 - Nombre de PHRC :
 - Niveau de participation de la structure : centre coordonnateur centre investigateur
- Activité de recherche en soins infirmiers

OBSERVATIONS

Notez les faits marquants et changements intervenus ou à venir : rattachement de votre structure, changement de locaux, personnel,

La personne ayant renseigné le rapport d'activité

Nom :
 Qualité :
 Fonction :
 Date :
 Signature :

Le directeur de l'établissement

Date :
 Signature

Guide de remplissage

Généralités

Les items de ce rapport ne concernent **que** les patients pris en charge pour **douleur chronique rebelle**, à l'exclusion des actes de traitement de la douleur aiguë ou des soins palliatifs même si vous disposez d'une structure mixte « soins palliatifs-douleur chronique »

Dans le cas d'une structure « soins palliatifs-douleur chronique » ne renseigner les questions qu'au regard de l'activité spécifique relevant de la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques rebelles.

Les questions du rapport doivent être renseignées au regard des éléments suivants :

Unité fonctionnelle : Si la structure est rattachée à plusieurs UF inscrire l'ensemble des numéros des UF

Locaux : inscrire le nombre total de bureaux et salles d'examen même s'il s'agit de locaux partagés et mutualisés avec d'autres structures ou d'autres activités

Plateau technique : Plateau technique situé au sein de l'établissement de santé, incluant notamment les explorations fonctionnelles neurophysiologiques, la radiologie interventionnelle, un bloc opératoire permettant d'effectuer certains gestes à visée antalgique

Présence en Equivalent temps plein : Inscrire

- 1 : pour 1 ETP = 100% = 10 vacations
- 0,5 : pour 1/2 ETP = 50% = 5 vacations
- 0,25 : pour ¼ ETP = 25% = 2,5 vacations

File active : nombre de patients vus en consultation au moins une fois dans l'année

Patient externe : patient non hospitalisé dans l'établissement de santé ou hospitalisé dans un autre établissement de santé

Patient interne : Patient hospitalisé dans l'établissement de santé dans une place ou un lit non dédié à la douleur.

Nombre de nouveaux patients vus en consultation : pour les patients internes, ne prendre en compte que les patients hospitalisés dans une place ou un lit non dédié à la douleur. L'activité liée aux patients vus dans le cadre d'hospitalisation complète ou hospitalisation de semaine et de jour dans de lits ou places appartenant ou mis à disposition de la structure est traitée dans la question suivante.

Nombre de journées réalisées en hospitalisation complète ou de venues en hospitalisation de jour : il s'agit des journées d'hospitalisation complète et des venues en hospitalisation de semaine ou de jour réalisées dans des lits ou des places appartenant ou mis à disposition de la structure

Activité des professionnels de la structure : le nombre total de consultations, d'interventions, d'actes correspond aux actions réalisées par les professionnels de santé auprès des patients externes et des patients internes

Actes interventionnels réalisés par les médecins de la structure : les techniques infiltratives, activités de neurochirurgie fonctionnelle à visée antalgique, techniques émergentes notamment la stimulation magnétique transcrânienne

Nombre d'actes /interventions* réalisés par l'(es) infirmier(s) : il s'agit d'interventions concernant la mise en place et la surveillance de TENS, le 1^{er} entretien, relation d'aide, l'éducation du patient,

Coordination de certains enseignements : il s'agit notamment de l'enseignement du module 6, du DIU, de la Capacité/ DESC