### ANNEXE 5 : Fiche PROJET Centre Ambulatoire dédié COVID-19

**Porteur**

NOM, prénom :

Profession :

Contact tel et mail :

**Locaux**

Type de locaux :

lieu existant déjà dédié à une prise en charge ambulatoire *(précisez)* :

local mis à disposition *(précisez)* :

Adresse :

Jours et horaires d’ouverture COVID :

Numéro secrétariat téléphonique *(précisez les horaires)* :

Activité maximale absorbable par jour :

* nb de salles attente :
* nbr de box de consultation :
* nbr de vacation médecins / Infirmiers :

Professionnels participants à l’organisation (préciser le nombre et le statut libéral / salarié) :

* Médecins généralistes :
* Médecins autres spécialités,
* Infirmiers
* Autres professionnels de santé :
* Accueil :
* Secrétariat :

Partenariats : collectivités territoriale, établissements de santé, croix rouge…) :

**Système d’information :**

Prise de rendez-vous en ligne : oui non

Agenda partagé / outil de gestion des plannings :

Nombre de poste de téléconsultation :

Logiciel partagé de gestion des dossiers patients :

Autres :

**Organisation générale de l’activité**

**Circuit du patient**

**Matériel**

Existant :

Consommation envisagée :

**Expression des besoins de soutien**

(Accompagnement logistique, financier, …) :

**---------------**

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné (e) ……………………………………………………,

En qualité de référent et responsable médical de l’organisation territoriale COVID-19, situé à ………………………………………………………………………….., déclare que l’entité *ad hoc* déployée respecte les dispositions nationales et régionales ainsi que toutes les recommandations des conseils ordinaux et les modalités du code de la santé publique, notamment celles publiées sur les sites suivants :

􀁸 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\_doctrine\_ville\_v16032020finalise.pdf

􀁸 https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus

Fait à ………………………………….., le………………………………….

**Signature**