|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Conformément au cahier des charges décrété par l’ARS :** | |
|  |

1. Les astreintes sont payées aux effecteurs des gardes sur un mode dégressif selon le nombre de patients vus durant la garde.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nb d'actes effectués**  **durant la période de 4h** | **Montant du Forfait ARS en €** | |
| 0 | 200 € |
| 1 | 200 € |
| 2 | 140 € |
| 3 | 80 € |
| 4 et plus | 60 € |

1. L’effecteur de garde doit saisir les indicateurs suivants sur les gardes postées  (à laisser sur le cahier de liaison du point fixe rempli par chaque effecteur à la fin de sa garde et à remplir également sur le papier ci-après et à renvoyer à l’ARPDS78 1, rue de Verdun, 78590 Noisy-le-Roi) :

− nombre de patients vus en consultation, par plage horaire de PDSA et tranches de 4 heures.

− nombre de patients régulés venus après orientation du CRRA-C15,

− nombre de patients venus d’eux-mêmes

− origine géographique, âge et motifs médicaux,

− résultat de consultation et devenir du patient (ordonnance, conseil, retour chez lui, ou hospitalisation)

− nombre de patients adressés par un service d’urgence, réorientés vers un service d’urgence

− nombre d’actes télétransmis, nombre de feuilles de soins papier

* nombre de consultations n’ayant pas été du tout rémunérées, hors CMU et tiers payants (patients non solvables)

− nombre de patients éventuellement vus en visite (dans l’EHPAD ou l’hôpital du lieu de garde ou au domicile, exceptionnellement)

**Vous devez, si possible dans la semaine qui suit votre garde, adresser à l’ARDPS78** (ARPDS 78 Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins des Yvelines Bâtiment A 1 rue de Verdun 78590 NOISY LE ROI) **les 3 documents (les 2 suivants et l’attestation destinée à la CPAM ), remplis et signés :**

|  |
| --- |
| Ordonnance à votre en-tête  ou votre cachet |

Je soussigné, atteste avoir participé à la PDSA à la date du ………………………… …..… /………/ 201……

sur une période horaire de ……………… h………. à ……………. h………..

et certifie avoir vu ……………………… patients.

au point de garde de

A ………………………….

Le …..… /………/ 201……

**SIGNATURE et CACHET**

A adresser au :

ARPDS 78. - Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins des Yvelines

Bâtiment A – 1 rue de Verdun

78590 NOISY LE ROI

Garde du ……………..……… ………/………/201… de ……h……. à ……h ……… à ………………….……………………

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de patients vus |  |
| Nombre de patients régulés adressés par le 15 |  |
| Nombre de patients venus d’eux-mêmes |  |
| Nombre de feuilles de soins télétransmises |  |
| Nombre de feuilles de soins papier |  |
| Nombre de consultations non régléés (hors tiers payant) |  |
| Nombre de patients vus en visite |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Age du**  **patient** | **Ville d’origine** | **Motif de consultation et**  **heure d’arrivée** | **Devenir du patient** (retour à domicile ou réadressage) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

A adresser au :

ARPDS 78. - Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins des Yvelines

Bâtiment A – 1 rue de Verdun

78590 NOISY LE ROI

