**Questionnaire - Réseau "Pathologie cardiaque***": Arrêté royal du 12 juin 2012 fixant les normes d'agrément pour le réseau pathologie cardiaque*

**\*** *Pour le traitement optimal de votre demande, il est nécessaire de répondre à* ***toutes les questions*** *reprises sur ce questionnaire. Veuillez également cocher la case 'pas d'application' lorsque la question ne s'applique pas à votre institution.*

1. **Si la demande se fait par voie postale: veuillez envoyer les documents dans cet ordre et les enregistrer sur une clé USB (pas dans un fichier zip):**

Dans un soucis de sécurisation des données, veuillez protéger la clé USB par un mot de passe et communiquer ce dernier par email aux agents de la Cocom une fois la clé envoyée. Nous vous conseillons dans la mesure du possible, de venir déposer la clé USB dans les locaux de la Cocom.

1. **Si la demande se fait de façon digitale (via Irisbox), les documents peuvent être directement téléchargés dans cette application.**
2. **Vous pouvez également introduire votre demande accompagnée des documents justificatifs par courrier électronique à l'adresse suivante :** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

* Questionnaire réseau "Pathologie cardiaque" ;
* Accord(s) de collaboration ;
* Description du / des circuit(s) de soins du réseau ;
* Coordinateur du réseau : identité et CV ;
* Organe de concertation : composition et calendrier de la concertation ;
* Règlement d'ordre intérieur ;
* Autres documents utiles.

**Questionnaire - Réseau "Pathologie cardiaque***": Arrêté royal du 12 juin 2012 fixant les normes d'agrément pour le réseau pathologie cardiaque*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Normes | L’hôpital | | | | Remarques et informations complémentaires |
| **Zone couverte par le réseau :**  Quelle est la zone géographique couverte par le réseau pathologie cardiaque ? | **Oui** | **Non** | | **Nombre** |  |
|  |  | |  |
| **Circuit de soins :**  1) Le réseau pathologie cardiaque **propose-t-il au moins un circuit de soins destiné aux patients présentant un infarctus aigu du myocarde avec élévation ST** (infarctus STEMI) ?  2) Ce circuit de soins est-il **composé des modalités suivantes** ?  1° en cas d'intervention d'un SMUR, le médecin de ce service mobile d'urgence (AR du 2 avril 1965 fixant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente), indique un hôpital disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque B ou des programmes partiels B1 et B2, comme l'hôpital le plus approprié.  Le médecin du service mobile d'urgence accompagne le patient jusqu'au laboratoire de cathétérisme cardiaque ou s'assure que les soins au patient sont pris en charge par un médecin de l'hôpital en question.  2° le patient qui se trouve dans un hôpital disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque A mais pas d'un programme de soins pathologie cardiaque B ou des programmes partiels B1 et B2, est transféré dans les plus brefs délais, éventuellement dans le cadre d'un accompagnement par un médecin ou un service mobile d'urgence, vers un hôpital doté d'un programme de soins pathologie cardiaque B ou des programmes partiels B1 et B2.  3° le plus rapidement possible après le cathétérisme cardiaque, le patient est transféré pour postcure et revalidation, vers un programme de soins pathologie cardiaque A. Si le transfert s'effectue plus tôt, il est indispensable de prévoir un accompagnement par un cardiologue du programme de soins pathologie cardiaque B ou des programmes partiels B1 et B2 dans le cadre duquel/desquels l'intervention a été pratiquée. |  |  | |  | Localisation ?  Explications ?  Joindre les accords conclus  🏱Le médecin accompagne le patient jusqu'au laboratoire de cathétérisme cardiaque ou s'assure que les soins au patient sont pris en charge par un médecin de l'hôpital en question.  🏱Le médecin accompagne le patient jusqu'au laboratoire de cathétérisme cardiaque ou s'assure que les soins au patient sont pris en charge par un médecin de l'hôpital en question.  🏱 Le transfert du patient s'accompagne du transfert des informations médicales nécessaires, notamment un rapport du diagnostic et du traitement ainsi que des instructions en matière de soins aigus et de prévention secondaire. |
| **Fournisseurs de soins :**  1) **Les hôpitaux / cercles suivants** (= fournisseurs de soins) **font-ils partie du réseau** ?   1. hôpitaux disposant uniquement d'un programme de soins pathologie cardiaque A ou d'un programme partiel B1 ; 2. hôpitaux disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque B ou d'un agrément pour les programmes partiels B1 et B2, sans B3 ; 3. hôpitaux disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque P ; 4. hôpitaux disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque E ; 5. hôpitaux disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque T ; 6. des hôpitaux disposant d'un programme de soins pathologie cardiaque C ; 7. hôpitaux possédant une fonction service mobile d'urgence (SMUR) ; 8. cercles de médecins généralistes (tels que visés à l'AR du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé).   🏱 Les fournisseurs de soins doivent être situés dans la zone couverte par le réseau. Si la zone couverte ne compte pas l'un de ces fournisseurs de soins, le réseau doit conclure un **accord de collaboration** avec un ou plusieurs de ces fournisseurs de soins.  🏱*N.B.* Chaque fournisseur de soins peut faire partie de plusieurs réseaux.  2) Est-ce qu'au moins un **fournisseur de soins de chaque catégorie** (hôpitaux et cercles) est **représenté** dans le réseau ? |  |  | |  | Lesquels ?  Si hors zone, accord de collaboration ? (à joindre)  🏱 Attention, les fournisseurs de soins qui sont situés dans la zone couverte par le réseau, doivent avoir la possibilité d'adhérer au réseau. |
| **Coordinateur du réseau :**  **Un coordinateur du réseau a-t-il été désigné** suivant les modalités définies dans l'accord de collaboration ?  Mission du coordinateur : coordonner les activités du réseau pathologie cardiaque en accord avec les fournisseurs de soins participants. | **Oui** | | **Non** | | Identité et CV du coordinateur ? |
|  | |  | |
| **Organe de concertation :**  1) Le réseau **dispose-t-il d’un organe de concertation** composé de représentants de chacun des fournisseurs de soins participants ?  2) L'organe de concertation **assure-t-il les missions suivantes** ?  1° veiller à l'exécution de l'accord de collaboration juridique intra- et extra-muros ;  2° prendre des initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins.  3° veiller à ce que les patients soient retransférés dans le respect du libre choix du patient ;  4° mettre au point des modalités pour un contrôle en commun du processus et d'un suivi de la qualité des patients transférés et retransférés ;  5° conclure des accords en termes de postcure et de revalidation, en ce compris la prévention secondaire ;  6° mener une concertation relativement au développement de circuits de soins additionnels ;  7° mener une concertation avec les fournisseurs de soins dans le domaine de la pathologie cardiaque qui ne font pas partie du réseau ;  8° soutenir les fournisseurs de soins dans la réalisation des manuels de qualité cardiologiques multidisciplinaires visés aux articles 8/1 et 20 de l'AR du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins pathologie cardiaque doivent répondre pour être agréés ;  9° conclure des accords pour la prise en charge financière, par le réseau, des frais de transport des patients entre les hôpitaux constitutifs du réseau.  3) Des **accords** ont-ils été passés en ce qui concerne les **transferts et re-transferts de patients** ?  4) Les **accords** suivants ont-ils été conclus pour les **patients présentant un infarctus STEMI** :  a) renvoi vers un programme de soins pathologie cardiaque B ou les programmes partiels pathologie cardiaque B1 et B2 ;  b) re-transfert vers un programme de soins pathologie cardiaque A au départ duquel le patient a été transféré initialement ou qui est situé plus près du domicile du patient.  5) L’organe de concertation **se réunit-il au moins une fois par an** pour l’exécution de ses missions ?  6) Existe-t-il un **règlement d’ordre intérieur** concernant son organisation et son fonctionnement ? |  | |  | | Composition ?  Description et méthode ?  Joindre les accords conclus  Joindre les accords conclus  Joindre le règlement d'ordre intérieur |
| **Indicateurs de qualité :**  L'hôpital **enregistre-t-il les données** relatives à la structures, au processus et au résultat de soins ? |  | |  | |  |

Date et signature du médecin chef de service

Date et signature du directeur