## QUESTIONNAIRE : PROGRAMME DE SOINS DE PATHOLOGIE CARDIAQUE C (A.R. 15/07/2004)

**\*** *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.

**2- Si la demande se fait de façon digitale (via Irisbox), les documents peuvent être directement téléchargés dans cette application.**

**3- Vous pouvez également introduire votre demande accompagnée des documents justificatifs par courrier électronique à l'adresse suivante:** **agrements-erkenningen@vivalis.brussels**

* Questionnaire PS PATHOLOGIE CARDIAQUE C complété
* Accord de collaboration avec un programme de soins agréé B
* Nombre d’opérations cardiaques sur des enfants effectuées en première main par des chirurgiens ?
* Liste du personnel médical – chirurgiens : *Liste du personnel pour l’encadrement médical, avec mention des noms, des diplômes, de la qualification particulière et actualisée dans la chirurgie cardiaque chez les enfants, attaché à temps plein et à titre exclusif aux programmes de soins B et C ?*
* Liste du personnel médical - médecins spécialistes : *Liste du personnel pour l’encadrement médical, avec mention des noms, des diplômes, de la compétence particulière dans les malformations cardiaques congénitales, attaché à temps plein et à titre exclusif à l'hôpital ?*
* Liste du personnel médical - chirurgiens + médecins spécialistes : *Expertise au sein de l’équipe dans les domaines suivants : électrocardiogramme, monitorage de Holter de 24 heures, ergométrie à l'effort, échocardiographie (par voies transthoracique et transoesophagienne avec sondes à utiliser chez des patients présentant un poids allant de 500 g au poids adulte), cathétérisme cardiaque et interventionnel*
* Liste du personnel médical – psychiatres : *Liste du personnel pour l’encadrement médical, avec mention des noms, des diplômes, du nombre d’ETP, de la compétence particulière dans le domaine des problèmes spécifiques de l'enfant*
* Liste du personnel infirmier
* Personnel infirmier - horaire
* Accords de collaboration
* Autres documents

## QUESTIONNAIRE : PROGRAMME DE SOINS DE PATHOLOGIE CARDIAQUE C (A.R. 15/07/2004)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programmes****De soins**pathologie cardiaque **C**:**Malformations congénitales chez les enfants** | **NORMES** | **HOPITAL CONCERNE** |
| **SECTIONS** | **SOUS-SECTIONS** |  | **Remarques**  |
| 1GROUPE CIBLE et activités | \*Programme C= Diagnostic, le traitement, Soins, Réadaptation fonctionnelle ; continuité des soins à donner aux patients quand ils atteignent l’âge adulte.\* Programme C si et seulement si l’hôpital dispose en son sein du **programme de soins B.**\***En aucun cas**, pas d’implantation de C sur plusieurs sites, et non plus par association d’hôpitaux.\*si traitement des malformations a lieu dans un hôpital spécialisé dans le traitement des enfants, Proposition d’un programme C par cet Hôpital si et seulement si accord de collaboration formalisé avec un programme de soins agréé B. |  |  |
| 2Normes d’activité | Tous les chirurgiens du programme de soins C doivent avoir effectué en première main ≥75opérations cardiaques sur des enfants (au moins deux Chirurgiens. ayant une qualification particulière et actualisée en chirurgie cardiaque chez les enfants). |  |  |
| 3 Infrastructure requise(matériel adapté aux patients dont le poids varie de **500grs** au **poids adulte)** | 1 conditions logistiques spécifiques**Programme de soins B****+** disposer des moyens logistiques suivants :1°) Instruments Diagnostiques non invasifs (ECG, échocardiographie par voies transthoracique et transoesophagienne avec sondes à utiliser chez des patient présentant un poids allant de 500 g a un poids adulte; Cycloergomètre pour tout âge, Holter 24H)2°) Instruments diagnostiques invasifs (≥1salle de cathétérisme cardiaque avec des équipements en biplans, des équipements de vidéo digitale, cardiologie interventionnelle, matériel adapté aux patients de poids variant de **500 g** au **poids adulte**3°) Un défibrillateur et du matériel de reanimation: le matériel dont question doit être adapté aux patients dont le poids varie de 500 g au poids adulte4°) Un équipement de télémétrie: le matériel précité doit être adapté aux patients dont le poids varie de 500 g au poids adulte;5°) L’infrastructure pour 2 salles d’opération, au minimum, disposant de l’équipement adapté |  |  |
| 2 Eléments environnementaux: **Programme de soins B****+** disposer des éléments environnementaux suivants 1) Scanographie et RMN au sein de l’hôpital2) Equipe d’urgences néonatales pour la prise en charge des problèmes survenant dans les hôpitaux régionaux.3) Equipements nécessaires au transport rapide et sûr.4) une grande expertise au sein de l’hôpital, en matière de génétique5) Pouvoir établir un diagnostic prénatal, instaurer et contrôler par monitorage les traitements transplacentaires.L’hôpital doit être agréé pour un service de Pédiatrie (index **E**) et un **NIC** (néonatologie intensive) |  |  |
| 4Expertise et effectifs médicaux et non médicaux requis | 1 Expertise et effectifs médicaux1) ≥2ETP, Chirurgiens, attachés à temps plein et à titre exclusif aux programmes B et C, ayant acquis une qualification particulière et actualisée dans la chirurgie Cardiaque chez les enfants2) ≥4ETP, Spécialistes ayant acquis une compétence particulière dans les malformations cardiaques congénitales, attachés à temps plein et à titre exclusif à l’hôpital 1) et 2) doivent disposer d’une expertise en **ECG**, monitorage de **Holter des 24H**, **Ergométrie à l’effort**, **Echocardiographie** (transthoracique ou transoesophagienne avec sondes- poids de 500grs à pds adulte), **cathétérisme cardiaque et interventionnel**.  |  |  |
| 2 Expertise et effectifs non médicauxL’équipe médicale doit pouvoir recourir au soutien : -D’infirmiers-D’infirmiers sociaux-De psychiatresAyant une compétence particulière et témoignant d’un intérêt particulier pour l’accompagnement de problèmes spécifiques de l’enfant. |  |  |
| 5Normes de qualité et normes afférentes au suivi de la qualité | 1 Normes fonctionnelles et organisatoires1° accord de collaboration avec un **NIC** au sein du même hôpital **+** Accords de collaboration avec un ou plusieurs modules d’affinement **T**, **E et P**2°L’hôpital doit disposer d’une grande expertise dans l’ensemble des méthodes de **Diagnostic et de traitement pédiatriques.** |  |  |
| 2 Suivi de la qualité\*Participer à une évaluation interne et externe de la qualité de l’activité médicale du programme de soins « pathologie cardiaque ».Enregistrer les données énumérées dans l’annexe (AR 15/02/1999) |  |  |

Date et signature du Médecin responsable

Date et signature du Directeur

***ANNEXE***

**Staff médical (Médecins et Candidats spécialistes, Généralistes, Consultants,…)** 🡪compléter le tableau ci-après

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Identité et date de naissance* | *Date et université* *de diplôme* | *Qualification et/ou**spécialisation* | *Formation complémentaire* | *Numéro**INAMI* | *Temps de travail en ETP* | *Exclusif à l’hôpital* | *Convention*  |
| Exemple  | 20/10/2007ULB | Anesthésiste  | Soins intensifs | 198876 54 100 | 5/10ETP | OUI | NON |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Personnel infirmier, Aides-soignants et logistique**🡪compléter le tableau ci-après

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Identité*  | *Temps de travail**ETP* | *Fonction* | *Diplôme et* *Qualification* | *Numéro du Visa* | *Année de* *diplôme* | *Ancienneté* *dans le service* *actuel* | *Spécialisation**Formation complémentaire* | *Remarques*  |
| Exemple  | 0.75ETP | Chef de service | A1 gradué | 12345 | 1991 | 4ans | S.I.S.U. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |