# Dossier de candidature au challenge patient 2025

**“Le patient partenaire de l’équipe, associé à la sécurité de SES soins”**

**Assurez le succès du projet de votre équipe. Rédigez brièvement un contexte permettant de définir la genèse du projet, soyez précis dans la réalisation des actions. Indiquez dans quelle(s) mesure(s), ce projet satisfait les patients et les professionnels.**

**Pour rappel : à compléter et à renvoyer avant le : 31 mai 2025 par voie électronique via l’adresse : « contact.equipe@has-sante.fr »**

**I - Identification du candidat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale** | Inscrivez le Nom de l’établissement ou de la structure |
| **Finess juridique** | Inscrivez le SIRET ou RPPS si applicable |
| **Secteur(s)**  **Plusieurs réponses possibles, dans le cadre d’un parcours par exemple** | **Sanitaire**  **Médico-social**  **Ville** |
| **Adresse** | Inscrivez l’adresse postale, le département et la région |
| **Nom du chef de projet** | Inscrivez le nom du (de la) **chef de projet** (personne auprès de qui prendre contact) |
| **Adresse mail** |  |
| **Téléphone** | Merci d’indiquer la ligne directe |

**II - Présentation du projet**

Le sujet doit concerner un patient en cours de prise en charge. Quelle(s) action(s) sont en place pour permettre au patient de jouer un rôle pour la sécurité de sa prise en charge.

**Détails du projet**

|  |
| --- |
| **Contexte** |

**Expliquez brièvement ce qui vous a convaincu de réaliser ce projet**

|  |
| --- |
| **Thème du projet** |

Par exemple, gestion des médicaments, projet de soins, double vérification site d’opération, etc.

|  |
| --- |
| **Objectif(s)** |

Expliquez le problème que ce projet vise à résoudre ou à traiter

|  |
| --- |
| **Secteur(s) concerné(s)** |

La pédiatrie, le parcours du diabétique de type 2, une HAD (HOSPITALISATION A DOMICILE) et une pharmacie de ville, une Maison de santé et un centre de santé, etc.

|  |
| --- |
| **Acteurs concernés par le projet** |

Indiquez qui est concerné en tant que professionnels de santé et patients (par exemple, ergothérapeute, médecin, patient diabétique, patient en rééducation cardiaque, gériatre, etc.).

|  |
| --- |
| **Descriptif du projet** |

**Quelles actions, méthodes, planning, suivi**

|  |
| --- |
| **Freins et leviers rencontrés** |

Enumérez les freins et leviers que vous avez rencontrés au cours de votre projet

|  |
| --- |
| **Pérennité du projet** |

**Indiquez en quoi votre projet est-il pérenne ?**

|  |
| --- |
| **Que retenir ?** |

**Définissez en 3 mots clés ce qui caractérise le mieux votre projet**

**Vous pouvez si vous le souhaitez partager tout support qui permettrait de valoriser votre projet (Poster, témoignages, vidéo, etc.). Pour cela, envoyez votre dossier de candidature avec les fichiers en pièces jointes à l’adresse mail indiquée plus haut (contact.equipe@has-sante.fr)**



**Pour votre candidature à ce challenge**