

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU RHONE

94 rue Servient 69003 LYON

Tél : 04.72.84.95.60

Contact : lamboley.aurelie@69.medecin.fr

DEMANDE FORMULEE AU TITRE DE :

- Article R.4127-85 du code de la santé publique ⇒ à titre individuel
- Article R.4113-23 du code de la santé publique ⇒ pour le compte d'une SEL

DEMANDE FORMULEE PAR :

Le Docteur (Prénom & Nom)

La SELARL

Préciser le nom des médecins de la SELARL qui exerceront sur le site :

Portable :

Inscrit au tableau du Conseil départemental sous le n° :

* Pour les médecins inscrits dans un autre département - N° du département :

Qualification :

VOTRE SITUATION ACTUELLE

- Exercice libéral à titre individuel
- Exercice libéral en SEL (SELARL, SELAS, SELAFA, SELACA)
- Exercice libéral en SCP
- Exercice salarié
- Exercice hospitalier :

Votre résidence professionnelle principale :

Adresse :

Nature de l'activité (consultations, actes spécifiques nécessitant un plateau technique dédié, expertises...) :

Votre ou vos autre(s) site(s) d'exercice :

Adresse(s) :

Nature de l'activité (consultations, actes spécifiques nécessitant un plateau technique dédié, expertises...) :

Temps consacré :

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences (secrétariat, portable, etc...) sur ce site :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'AUTORISATION
D'EXERCICE EN SITE DISTINCT**

Adresse(s) du/des site(s) pour le(s)quel(s) vous demandez notre autorisation :

.....
.....
.....

Date de début d'activité :

Temps hebdomadaire :

(Merci de préciser les jours concernés) :

.....

Nature de l'activité envisagée :

- Activité de consultation seule
- Activité de consultation et actes techniques hors plateau technique lourd
- Activité de consultation et actes techniques avec plateau technique lourd
 - ambulatoire exclusif
 - hospitalisation
- Actes techniques hors plateau technique lourd seuls
- Actes techniques avec plateau technique lourd seuls
 - ambulatoire exclusif
 - hospitalisation

MOTIF DE LA DEMANDE

1/ Argument démographique :

- Besoin de la population
- Avis spécialisé non disponible sur le secteur
- Sollicité par les médecins du secteur
- Projet personnel de développement d'activité
- Activité trop faible sur le site principal
- Autres

Merci d'étayer votre choix :

.....
.....

⇒ Projet d'installation en site principal sur le site demandé :

- Oui
- Non

⇒ Projet de recrutement d'un confrère pour augmenter l'activité sur site secondaire :

- Oui
- Non

⇒ Demande en lien avec logique d'établissement (groupe, privé, hôpital) ou de réseau de soin :

- Oui
- Non

2/ Argument technique : Oui Non

Si oui, remplir la partie suivante :

Nature de l'activité envisagée : Consultations
 Actes spécifiques nécessitant un plateau technique dédié (*)
 Expertises

(*) Si vous avez coché la case « actes spécifiques... », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quels sont les actes envisagés ?

.....
.....
.....

Ces actes nécessitent-ils :

- Un environnement adapté ? Oui Non

Si oui, lequel et pourquoi ?

.....
.....

- L'utilisation d'équipements particuliers ? Oui Non

Si oui, lequel et pourquoi ?

.....
.....

Disposez-vous de ces équipements au lieu de votre résidence professionnelle habituelle ou sur un autre site d'exercice déjà autorisé ? Oui Non

- La mise en œuvre de techniques spécifiques ? Oui Non

Si oui, lesquelles et pourquoi ?

.....
.....

- La coordination de différents intervenants ? Oui Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....

CONDITIONS D'EXERCICE SUR LE SITE DEMANDE

Description de l'installation : (locaux, prise de rendez-vous, secrétariat, moyens en personnel et matériel disponible)

.....
.....
.....

PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et la réponse aux urgences :

.....
.....

En votre absence, où seront orientés vos patients ?

.....
.....

Quel suivi après des actes techniques ?

.....
.....

Si chirurgie ambulatoire, quel établissement de recours ?

.....
.....

Si chirurgie hospitalisée, comment s'organisera le suivi du patient ?

.....
.....

Date :

Signature :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT POUR LA BONNE PRISE EN COMPTE DE VOTRE DOSSIER :

Lettre de motivation

Accord écrit de vos associés de votre résidence professionnelle principale

Accord de la CME pour un exercice demandé dans une clinique

N.B. : en application des dispositions de l'article L. 4113-9 du Code de la Santé Publique, les contrats concernant votre exercice professionnel doivent nous être transmis pour avis.