

## Inscription à la certification et aux sondages

*(Prière de remplir sur l'ordinateur, de nous l'envoyer ensuite par e-mail)*

- Inscription pour une certification (première certification ou choix d'un nouveau programme)
- Inscription pour la recertification du même programme de certification
- Inscription pour réaliser un sondage

Délai envisagé pour la remise du certificat: \_\_\_\_\_

### Indications sur l'organisation :

Nom de l'organisation: \_\_\_\_\_ Rue: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ NPA, localité: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ Site de web : \_\_\_\_\_

### Interlocuteurs :

Responsable de projet, pour la coordination: \_\_\_\_\_ Médecin responsable en chef : \_\_\_\_\_

E-mail responsable du projet: \_\_\_\_\_ Tél. responsable du projet: \_\_\_\_\_

### Formulaires joints:

- Si votre organisation est **un cabinet ou un centre médical** → l'annexe 1.
- Si votre organisation compte **plusieurs sites** → l'annexe 2.
- **Nécessaire !!!** Veuillez SVP en tous les cas compléter entièrement le formulaire de l'annexe 3.

Votre organisation fait-elle partie d'un réseau/association?  oui  non

Si oui, nom : \_\_\_\_\_

Nombre de médecins : \_\_\_\_\_

Nombre de médecin-assistants : \_\_\_\_\_

Nombre d'autres collaborateurs : \_\_\_\_\_

Jours ouvrés privilégiés pour l'audit: \_\_\_\_\_

## Indications sur le programme de certification et le sondage souhaités

\* disponibles en français. Veuillez prendre contact avec la Fondation EQUAM si une autre offre vous intéresse. Merci!

### Qualité certifiée des centres de soins

- Cabinet de médecin de premier recours\* ; sondage auprès des patients et / ou des collaborateurs incl.
- Cabinet pédiatrique\* ; sondage auprès des patients et / ou des collaborateurs incl.
- Cabinet de spécialiste\* ; sondage auprès des patients, des collaborateurs et / ou des assignants incl. ; Spécialisation: \_\_\_\_\_
- Institut de radiologie ; sondage auprès des collaborateurs et / ou des assignants incl.

### Choix des sondages (au moins un)

- Sondage auprès des patients, général (EUROPEP) \*
  - Evaluations pour chaque médecin (au moins 2 médecins)
  - Evaluation collectif pour l'organisation
- Sondage auprès des patients souffrant de maladies chroniques
  - Evaluations pour chaque médecin (au moins 2 médecins)
  - Evaluation collectif pour l'organisation

En cas d'évaluations pour chaque médecin, il est nécessaire qu'au moins 80 % de l'activité de médecin de famille ou de spécialiste du cabinet participent au sondage, afin qu'il puisse obtenir le certificat EQUAM. Le cabinet peut également choisir un sondage avec évaluation collective (sans attribution des patients à un médecin particulier).

- Sondage auprès des collaborateurs (en ligne, à partir de 10 collaborateurs)
- Sondage auprès des assignants pour spécialistes et instituts de radiologie (tous les assignants seront contactés, au cas de moins de 40 assignants veuillez SVP contacter EQUAM ; en ligne, évaluation du collectif)

### Qualité de traitement certifiée

- Hypertension\*
- Diabète sucré, type II\*
- Cardiopathie coronarienne\*
- Sécurité de la médication

Pour que le cabinet puisse utiliser le label EQUAM en tant qu'organisation, il est nécessaire qu'au moins 80 % de l'activité de médecin de famille de ce cabinet soit certifiée selon l'un de ces programmes.

*Exemple: le médecin de famille X travaille à 80 %, le médecin de famille Y à 90 % et le médecin de famille Z à 20 %. Un spécialiste travaillant à 50 % exerce également au cabinet. Le total du corps médical équivaut à 190 %. 80 % de ces ressources représentent donc 152 %. Ainsi, si le médecin X et Y obtiennent une certification à un programme de qualité de traitement, le cabinet peut utiliser le label EQUAM.*

### Réseau de médecins – qualité certifiée des soins intégrés

- SEULEMENT le sondage auprès des patients (EUROPEP) \***  
Sondage auprès des patients pour chaque médecin (au moins 2 médecins) ou en niveau de l'organisation (Mise à niveau vers la certification du cabinet médical possible dans les 12 mois avec imputation des coûts, sondage au niveau du cabinet possible sur demande)
  - Médecin de premier recours
  - Pédiatre
  - Spécialiste
  
- SEULEMENT le sondage auprès des patients souffrant de maladies chroniques**  
Sondage auprès des patients pour chaque médecin (au moins 2 médecins) ou en niveau de l'organisation (Mise à niveau vers la certification du cabinet médical possible dans les 12 mois avec imputation des coûts, sondage au niveau du cabinet ou en ligne possible sur demande)
  
- SEULEMENT le sondage auprès des collaborateurs (possible dès 20 collaborateurs)**
  - Cabinet/centre médical     Cabinet de spécialiste     Cabinet pédiatr.     Institut de radiologie
  
- SEULEMENT le sondage auprès des assignants (au cas de moins de 40 assignants veuillez SVP contacter EQUAM)**
  - Cabinet de spécialiste                       Institut de radiologie

**Déclaration de consentement**

- Je déclare approuver l'utilisation par la Fondation EQUAM, à des fins de comparaison statistique, des données collectées conformément à la loi sur la protection des données (art. 13, al. 2, let. e LPD), à savoir sous forme anonyme et compilée.
- Les Conditions générales de la Fondation EQUAM sont applicables à l'ensemble de l'évaluation. En cas de certification, les CG du contrat de certification sont applicables. Si seul un sondage est réalisé, les CG pour les programmes de sensibilisation, sondages et manifestations sont applicables. J'ai lu les CG correspondantes et j'en ai ainsi pris connaissance.
- Les coûts sont établis sur la base de ces indications, qui font foi pour le contrat de certification. Si les coûts ne sont pas pris en charge par votre réseau ou votre association, nous joignons un résumé des coûts au contrat avant la signature de celui-ci.
- La qualité de traitement certifiée étant une certification à l'échelon des médecins, un contrat est signé avec chaque médecin. Le récapitulatif des coûts peut être effectué par le biais de l'organisation.

Note : \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Prénom, nom: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_



## Annexe 1

### A remplir par les cabinets/centres médicaux

Votre cabinet emploie-t-il plus de 6 personnes? \_\_\_\_\_

Au cours de l'année écoulée, y a-t-il eu plus d'un changement de poste au sein de votre cabinet? \_\_\_\_\_

Au sein de votre cabinet, y a-t-il une personne qui effectue principalement des tâches administratives? \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu à au moins deux de ces questions par l'affirmative, veuillez-vous inscrire en tant que « grand cabinet » ou centre médical.

Nous sommes un :

- « Grand cabinet » / centre médical
  
- « Petit cabinet »

**Annexe 2**

**Pour des organisations, qui mènent différent sites**

(structure organisationnelle globale, rotation de personnel, contrats et réglementations, instructions valables pour tous les sites, un médecin responsable en chef)

Nom du **site 1** :

(Siège principal, lieu de l'audit principal)

\_\_\_\_\_

Rue:

\_\_\_\_\_

Tél.

organisation :

\_\_\_\_\_

NPA, localité:

\_\_\_\_\_

Nom du **site 2** :

\_\_\_\_\_

Rue:

\_\_\_\_\_

Tél.

organisation :

\_\_\_\_\_

NPA, localité:

\_\_\_\_\_

Nom du **site 3** :

\_\_\_\_\_

Rue:

\_\_\_\_\_

Tél.

organisation :

\_\_\_\_\_

NPA, localité:

\_\_\_\_\_

Nom du **site 4** :

\_\_\_\_\_

Rue:

\_\_\_\_\_

Tél.

organisation :

\_\_\_\_\_

NPA, localité:

\_\_\_\_\_

Nom du **site 5** :

\_\_\_\_\_

Rue:

\_\_\_\_\_

Tél.

organisation :

\_\_\_\_\_

NPA, localité:

\_\_\_\_\_

Liste des médecins de votre cabinet

Titre	Nom	Activité de médecin de famille (en %)	Pédiatre (en %)	Activité de spécialiste (en %)	Médecin-assistants (en %)	E-Mail personnel	GLN	Si qualité de traitement, laquelle*

\* Programme Qualité de traitement certifiée: Hypertension = HT, Diabète sucré = DS, Cardiopathie coronarienne = CC Sécurité de la médication = SM