

Mode d'emploi

SIAM

Profil médecin

Mise à jour le 21 mai 2024

Table des matières

1. Contacter la hotline SIAM	2
2. Trouver son numéro RPPS	2
Par votre carte CPS	2
Par le site du conseil national de l'ordre des médecins	2
3. S'engager dans l'accréditation.....	4
Créer son compte SIAM.....	4
Remplir sa demande d'engagement.....	7
En cas de complément demandé	12
4. Déclarer un EIAS.....	14
En cas de complément demandé	17
5. Effectuer un bilan	19
Compléter votre bilan	20
Transmettre un bilan	22
6. Editer un certificat d'accréditation.....	29
7. Modifier ses informations personnelles / son mot de passe	29
8. Renoncer à l'accréditation	31
9. Effectuer un bilan en équipe.....	33
Saisie du programme	34
Transmission du bilan	38

1. Contacter la hotline SIAM

Pour toute question, vous pouvez contacter la hotline SIAM, ouverte du lundi au vendredi de 9h à 19h, par téléphone au 01.76.24.89.27 ou par mail à helpdesk.siam@has-sante.fr

2. Trouver son numéro RPPS

Par votre carte CPS



Votre N°RPPS est le numéro à 11 chiffres au dessus de votre nom.

Par le site du conseil national de l'ordre des médecins

Allez sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>

Conditions générales d'utilisation

Annuaire

Conditions générales d'utilisation de l'annuaire

Soucieux d'apporter un véritable service au public, l'Ordre des médecins veille à ce que chacun puisse avoir une information claire sur les médecins en situation régulière d'exercice et met à la disposition du public un annuaire en ligne sur son site internet.

Ce site a fait l'objet d'une déclaration conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Nous vous conseillons avant toute recherche de lire attentivement les informations relatives à l'annuaire :

- L'ordre d'affichage des résultats est aléatoire.
- Les utilisateurs de l'annuaire sont tenus de respecter les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Les utilisateurs du site doivent notamment s'abstenir de toute utilisation détournée et de toute collecte des informations automatisées d'extraction de données n'est pas autorisée.
- Pour éviter l'exploitation de nos bases de données nominatives par des systèmes automatisés, un "captcha" peut vous être demandé.
- Pour des raisons de performances, les recherches trop imprécises (renvoyant trop de réponses) ne sont pas autorisées.
- Une utilisation excessive de l'annuaire peut entraîner une suspension temporaire de votre accès à cette partie du site.
- Toute reproduction totale ou partielle du site, par quelques procédés, sans autorisation expresse du CNOM est interdite et constitue une contrefaçon au sens des articles L 335-2 du code de la propriété intellectuelle.

Pour toute difficulté que vous rencontreriez dans l'utilisation du site, un message peut être adressé à conseil-national@cn.medecin.fr en vous identifiant et en précisant le type de difficultés.

J'accepte les conditions générales d'utilisations *

En cochant la case ci-dessus je déclare reconnaître avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation de l'annuaire et les accepter.



Quel code est dissimulé dans l'image ? *

Saisir les caractères affichés dans l'image.

Accepter

3 – Cochez la case « J'accepte les conditions générales »


4 - Inscrivez les caractères de l'image

5 – Cliquez sur « Accepter »

Résultats de recherche

Annuaire

2 résultats affichés sur 2
Annuaire mis à jour le : 07/08/2019

DUPONT	Département d'inscription :
	Identifiant RPPS : 101010101010
Discipline exercée : ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES	Adresse :
Disciplines complémentaires d'exercice :	Tél :
Autres titres et orientations autorisés :	Fax :
	Voir le plan 

Votre N°RPPS est ce numéro à 11 chiffres

3. S'engager dans l'accréditation


Créer son compte SIAM

1 – Connectez-vous au SIAM2 : <http://accreditation-des-medecins.fr>



Accréditation des médecins et des équipes médicales

Informations sur l'accréditation des médecins



La Haute Autorité de santé définit et organise, en partenariat avec des organismes agréés d'accréditation, la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé. L'engagement dans le dispositif d'accréditation est une démarche volontaire.

Pour le réaliser, les conditions suivantes doivent être réunies :

- être médecin ;
- exercer au moins une des spécialités ou activités à risque définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 ;
- exercer cette spécialité dans un établissement de santé.

Pour en savoir plus

Connexion

[Mot de passe oublié ?](#)

Engagement

2 - Cliquez sur « s'engager »

Haute Autorité de santé (HAS)
Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS)
Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
accreditationdesmedecins@has-sante.fr
5, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00 - N° SIRET : 110 000 445 00020 - code APE : 751A


Demande d'engagement

Inscription

Identification professionnelle

N° RPPS *

Nom *

Je ne suis pas un robot 

Je n'ai pas de compte dans le système d'information de l'accréditation

3 – Rentrez votre N° RPPS (si besoin : [trouver son N° RPPS](#))

4 – Rentrez votre nom (tel que renseigné sur votre carte CPS)

5 – Remplissez le CAPTCHA

6 – Indiquez ne pas avoir de compte SIAM

7 – Cliquez sur «Valider»

Demande d'engagement

Inscription

Vos données de contact

8 - Précisez votre civilité

9 - Précisez votre titre

N° RPPS * [REDACTED]

Civilité [REDACTED] Titre Docteur

Nom * [REDACTED]

Prénom * [REDACTED]

Mail * [REDACTED]

Confirmation Mail * [REDACTED]

10 - Complétez et précisez votre adresse mail

11 - Cliquez sur «Valider»

Valider

Vous recevez un mail de confirmation de la création de votre accès avec un rappel de votre identifiant (N°RPPS) et votre mot de passe (modifiable). Pensez à consulter vos messages indésirables si vous ne le trouvez pas dans votre boîte mail.

Attention : la demande d'engagement n'est pas terminée à ce stade.

Demande d'engagement

Inscription

 Votre compte est créé ; un message contenant votre mot de passe a été envoyé à l'adresse suivante : [REDACTED]

Vos données de contact

N° RPPS * [REDACTED]
Civilité **Monsieur** Titre **Doct**
Nom * [REDACTED]
Prénom * [REDACTED]
Mail * [REDACTED]

12 – Choisissez soit votre spécialité, soit l'organisme agréé auquel vous souhaitez vous inscrire. Le champ correspondant se remplira alors automatiquement.

Votre spécialité

Votre spécialité * [REDACTED]
Organisme agréé de la spécialité * [REDACTED]

Connexion à l'application

Identifiant * **Identification**
Mot de passe * **Mot de passe**
Je me connecte pour remplir ma demande d'engagement

13 – Rentez votre identifiant (N°RPB)

14 – Rentez votre mot de passe qui vous avez reçu par mail

15 – Cliquez sur «Je me connecte pour remplir ma demande d'engagement»

Confirmation

Vous avez choisi la spécialité Neurochirurgie. Ce choix n'est pas modifiable. Confirmez votre choix ?

Accepter **Annuler**

16 - Cliquez sur «Accepter» pour confirmer votre choix de spécialité.

Remplir sa demande d'engagement

Vous arrivez directement sur votre demande d'engagement.

Si vous vous déconnectez du SIAM, vous pouvez accéder à nouveau à la demande en cliquant sur « Voir votre demande d'engagement » sur votre page d'accueil ou sur votre parcours d'accréditation.

Demande d'engagement n° 52569 Aide

1 Vos données de contact — 2 Vos données professionnelles — 3 Prérequis à l'engagement — 4 Questionnaire d'auto-évaluation — 5 Votre choix de programme — 6 Soumission de l'engagement — 7 Analyse de l'expert

Vos données de contact

Mail *

Téléphones *
Fixe
Mobile

Vous êtes d'accord pour recevoir des communications par mail de la part de la HAS sur d'autres sujets que l'accréditation ?

Adresse Postale de Contact

Entreprise / établissement / organisation

N° et libellé de voie *

Complément d'adresse

Code postal Ville *

Numéro CEDEX

1 – Complétez vos numéros de téléphone

2 – Complétez l'adresse à laquelle vous souhaitez être contacté

3 – Cliquez sur «Etape suivante»

Vous pouvez choisir d'enregistrer la page pour revenir plus tard en cliquant sur « Enregistrer », et naviguer entre les pages grâce aux onglets en haut de la page.

Demande d'engagement n° 52569

Aide



Vos données professionnelles

i Les données ont été mises à jour

Mode d'exercice *

Département de la CPAM d'exercice *

4 – Indiquez votre mode d'exercice

5 – Indiquez votre CPAM de rattachement

Désignation du ou des lieux d'exercice

Liste de mes établissements (Résultat: 0)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse
[Navigation buttons: 1, 2, 3, 4]			

Recherchez votre (vos) établissement(s) suivant les critères ci-dessous, puis le (les) déplacer da

6 – Cliquez sur «Ouvrir» pour déclarer vos établissement

Aide à la recherche des établissements

Ouvrir

Etape précédente

Annuler la saisie

Enregistrer

Etape suivante

Aide à la recherche des établissements

Fermer

7 – Rentrez les critères de recherche de votre établissement (département, FINESS). Pour la recherche par nom, écrire en majuscules.

1- Définir des critères de recherche

Département Code Finess Nom de l'établissement

Exemple : Cochin, La Timone

2- Lancer la recherche

3- Sélectionner dans le tableau suivant

4- Ajouter la sélection dans ma liste

Résultats de ma recherche (Résultat: 0)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse
[Navigation buttons: 1, 2, 3, 4]			

8 – Cliquez sur Lancer la recherche

Etape précédente

Annuler la saisie

Enregistrer

Etape suivante

2- Lancer la recherche 3- Sélectionner dans le tableau suivant 4- Ajouter la sélection dans ma liste

Résultats de ma recherche (Résultat: 2)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse	
HOPITAL COCHIN - SITE TARNIER (AP-HP)	750100026	75	89 rue d'assas 75001 PARIS 01	<input type="checkbox"/>
HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS CENTRE-SITE COCHIN (AP-HP)	750100166	75	27 rue du faubourg saint jacques 75679 Paris Cedex 14	<input type="checkbox"/>

1


9 – Sélectionnez votre établissement.

10 – Cliquez sur «Ajouter la sélection dans ma liste» pour qu'il apparaisse dans la liste de vos établissements. Vous pouvez lancer plusieurs recherches si vous exercez dans plusieurs établissements.

11 – Cliquez sur «Etape suivante»

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

Pré-requis à l'engagement

 Les données ont été mises à jour

Votre spécialité **Neurochirurgie**
Organisme agréé de la spécialité **Collège de Neurochirurgie Service de Neurochirurgie, CHU Dupuytren, 2 av Martin Luther King 87042 LIMOGES**

Pré-Requis à lire

Veuillez lire le prérequis ci-dessous

12 – Confirmez avoir lu le prérequis

13 – Cliquez sur Etape suivante

En cochant cette case, je confirme avoir pris connaissance du prérequis ci-dessus *

Etape précédente

Annuler la saisie

Etape suivante

Questionnaire d'auto-évaluation

i Les données ont été mises à jour

1- Quel est votre numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins ?

2- Exercez-vous la Neurochirurgie ?
 Oui 📌
 Non

3- Si vous avez répondu "Non" à la question précédente veuillez préciser votre spécialité, sinon inscrire "Non concerné".

4- Quels diplômes possédez-vous pour exercer votre spécialité ?

5- Participez-vous ou avez-vous participé récemment à une formation en rapport avec la gestion des risques ?
 Oui 📌
 Non

6- Participez-vous à un programme ou des actions d'évaluation des pratiques ?
 Non 📌
 Oui

7- Participez-vous à des structures dédiées à la gestion des risques ou aux vigilances ?
 Oui 📌
 Non

14 - Répondez au questionnaire

15 - Cliquez sur « Etape suivante »

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer **Etape suivante**

Soumission de l'engagement

i Les données ont été mises à jour

Données de contact

Modifier

Mail

Téléphone fixe 000000000

Téléphone mobile

Vous n'avez pas renseigné votre téléphone mobile.

Vous refusez de recevoir des mails d'information ou de communication de la HAS.

Adresse xxx
00000 xxxxxx

Données professionnelles

Modifier

Mode d'exercice Libéral

Département de la CPAM d'exercice 02 Aisne

Lieux d'exercice HOPITAUX UNIVERSITAIRE PARIS CENTRE-SITE COCHIN (AP-HP) 75 750100166 27 rue du faubourg saint jacques 75679 Paris Cedex 14

Spécialité

Votre spécialité Neurochirurgie

OA-A de la spécialité Collège de Neurochirurgie

Vous avez pris connaissance des pré-requis de votre spécialité.

Questionnaire d'auto-évaluation

Modifier

Vous avez répondu à 0 question(s) sur 7 question(s) posée(s).

Programme applicable durant votre année d'engagement

Modifier

Permet de modifier les
réponses précédentes

Vous devez déclarer 2 événement(s) dont 1 ciblés(s).

Vous avez choisi 1 recommandation(s) à mettre en oeuvre.

Vous avez choisi de participer à 2 activité(s).

Ajouter un commentaire pour l'expert

Permet de joindre un document

Parcourir

Déclaration sur l'honneur

En cochant cette case :

-Je déclare sur l'honneur, exactes et complètes les informations portées sur ma demande d'engagement.

-Je déclare sur l'honneur, être un médecin exerçant en établissement de santé, une activité ou une spécialité listée dans le décret.

18 – Cochez la case de
déclaration sur l'honneur

Souhaitez-vous soumettre votre demande d'engagement ?

Envoyer à l'OA

Plus tard

Etape précédente

Annuler la saisie

19 – Cliquez sur
« Envoyer à l'OA »

Confirmation de la soumission

Votre demande d'engagement va être soumise à la décision de l'expert, confirmez votre choix ?

Oui

Non

20 – Cliquez sur «Oui»

Votre organisme agréé va alors traiter votre demande d'engagement. Il peut la refuser, l'accepter ou demander un complément. Vous recevrez un mail pour vous informer de sa décision.

En cas de complément demandé

Collège de Neurochirurgie

SIAM
VOTRE ESPACE D'ACCREDITATION

Dr
Dernière connexion
le 08/08/2019 16:14
00000000
Demande d'engag
en cours

Accréditation des médecins et des équipes médicales

Accueil

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Votre Situation

Votre demande d'engagement

1 – Cliquez sur Voir votre demande d'engagement

Votre parcours d'accréditation

Date de la demande : 08/08/2019
Date de transmission à votre organisme agréé : 08/08/2019

Voir votre demande d'engagement

Demande d'engagement n° 52569

2 – Cliquez sur l'onglet 7

Aide

- 1 Vos données de contact
- 2 Vos données professionnelles
- 3 Prérequis à l'engagement
- 4 Questionnaire d'auto-évaluation
- 5 Votre choix de programme
- 6 Soumission de l'engagement
- 7 Analyse de l'expert

Décision de l'organisme

 Les données ont été mises à jour

Analyse de l'expert

Résumé

Documents joints

Complément demandé

Complément demandé le 09/08/2019

Essai1

Réponse du médecin

Votre réponse *

Souhaitez-vous soumettre votre demande d'engagement ?

Confirmation

Vous avez choisi de confirmer l'engagement. Ce choix n'est pas modifiable. Confirmez votre choix.

5 – Cliquez sur Accepter

Consultez le message de votre OA

3 – Répondez à la demande de votre OA

4 – Cliquez sur Soumettre maintenant

5 – Cliquez sur Accepter

4. Déclarer un EIAS

Accréditation des médecins et des équipes médicales

Accueil

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Votre Situation Votre parcours d'accréditation

Votre programme annuel Votre programme détaillé

Conseils: Votre bilan peut être déclenché et adressé au cours des 3 derniers mois de l'année de l'accréditation. Ne perdez pas de temps et préparez-le au plus tôt.

	RESTE A FAIRE	FAIT
Evénements	2	0
Recommandations	1	0
Activités	2	0

Vous pouvez réaliser le bilan à partir de 11/05/2020

Vous êtes à 366 jour(s) de la date limite de transmission à votre organisme.

Mon Programme

Accueil > Mon Programme

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Mon Programme

Période du 09/08/2019 au 09/08/2020 Consulter le programme de la spécialité

Bilan individuel

Vous pouvez réaliser le bilan à partir de 11/05/2020

2 – Cliquez sur «Déclarer un événement»

Déclaration d'événement

Déclarer un événement ?

Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type

Recommandations

● Sélectionnées ● Non Sélectionnées

Intitulé	Suivi
Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?	à réaliser

Déclaration et analyse d'événement

Voir historique



Situation à risque

Consulter le programme de la spécialité

Événement ciblé

L'événement déclaré correspond t-il à une situation à risque ?

Ou cocher "non" si situation à risque non trouvé *

oui non

3 – Cliquez sur « Enregistrez »

Annuler la saisie Enregistrer



Situation à risque

Permet de naviguer entre les onglets

Consulter le programme de la spécialité

Les données ont été mises à jour

4 – Complétez votre déclaration, onglet par onglet
* signifie que la question est obligatoire

Événement ciblé

L'événement déclaré correspond t-il à une situation à risque ?

Ou cocher "non" si situation à risque non trouvé *

oui non

Modifier

Etape suivante

Après analyse, quelles sont les autres causes qui ont contribué à la survenue de cet événement ? *

Causes liées aux patients * oui non ne sais pas

Si oui, veuillez préciser en complétant le tableau suivant

Permet d'effacer votre réponse

Cliquez sur le crayon pour pouvoir compléter le tableau

Déclaration et analyse d'événement n° 247591

Voir historique



Transmettre votre déclaration à votre organisme

Votre déclaration d'événement a été enregistrée provisoirement sous le n° 27399
Vous devez la transmettre à l'organisme de votre spécialité pour analyse...

Vous devez compléter les étapes ci-dessous au préalable :

5. Circonstances **Compléter**

6. Causes **Compléter**

Je compléterai plus tard

Onglet 11: permet de retourner aux onglets sur lesquels des questions obligatoires n'ont pas été complétées.

[Supprimer cette déclaration d'événement ?](#)

Etape précédente

Déclaration et analyse d'événement n° 247591

Voir historique



Transmettre votre déclaration à votre organisme

Votre déclaration d'événement a été enregistrée provisoirement sous le n° 27399
Vous devez la transmettre à l'organisme de votre spécialité pour analyse...

Commentaire

Documents joints

+ Parcourir

Souhaitez-vous la transmettre maintenant ?

Envoyer à l'OA

Plus tard

[Supprimer cette déclaration d'événement ?](#)

6 – Cliquez sur «Envoyer à l'OA»

5 – A l'onglet 11, une fois votre déclaration complète, vous pouvez ajouter un commentaire à votre expert et joindre un document anonymisé en cliquant sur « Parcourir »

Votre expert va alors traiter votre déclaration. Il peut la refuser, l'accepter ou demander un complément. Vous recevrez un mail pour vous informer de sa décision.

En cas de complément demandé

Votre programme annuel Votre programme détaillé

09/08/2019
Aujourd'hui

3 mois pour réaliser et envoyer le bilan
11/05/2020 09/08/2020

DÉBUT RÉALISATION DU BILAN DATE LIMITE D'ENVOI DU BILAN

1 – Cliquez sur «Evénements»

Conseils: Votre bilan peut être déclenché et adressé au cours des 3 derniers mois de l'année de l'accréditation. Ne perdez pas de temps et préparez-le au plus tôt.

	RESTE A FAIRE	FAIT
Evénements	2	0
Recommandations	1	0
Activités	2	0

Vous pouvez réaliser le bilan à partir de 11/05/2020

Vous êtes à 363 jour(s) de la date limite de transmission à votre organisme.

Mon Programme

Période du 09/08/2019 au 09/08/2020 Consulter le programme de la spécialité

Bilan individuel

Vous pouvez réaliser le bilan à partir de 11/05/2020

2 – Cliquez sur votre déclaration

Déclaration d'événement Déclarer un événement ?


Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type
247591	12/08/2019	transmis 12/08/2019		Non Ciblé

Déclaration et analyse d'événement n° 247591 Voir historique

- 1 Situation à risque
- 2 Information déclarant et établissement
- 3 Information sur le patient
- 4 Procédure de soin
- 5 Circonstances
- 6 Causes
- 7 Barrières
- 8 Analyse approfondie
- 9 Mesures de suivi
- 10 Communication
- 11 Transmettre votre déclaration
- 12 **Decision de l'expert**

3 – Cliquez sur l'onglet 12

Décision de l'expert

 Les données ont été mises à jour

Analyse de l'expert

Nom de l'événement *	Exemple
Synthèse	YYY
Documents joints	
Sélectionnez le premier mot clé inter-spécialité	CAUSE IMMEDIATE PRINCIPALE : GESTE TECHNIQUE
Sélectionnez le deuxième mot clé inter-spécialité	INFECTIEUSE : complications infectieuses
Sélectionnez le mot clé de la spécialité	
Saisissez un autre mot clé	
Recommandation de communication de l'événement	<input checked="" type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> ANSM <input type="checkbox"/> Biomédecine <input type="checkbox"/> ASN <input type="checkbox"/> INVS <input type="checkbox"/> Autre ?

Permet de consulter l'analyse de votre expert ainsi que ses éventuelles recommandations de communication de l'évènement

Complément demande

Complément demandé le 12/08/2019 XXXX

Réponse de médecin

Votre réponse *

Souhaitez-vous soumettre votre déclaration d'événement ?

4 – Répondez à votre expert

5 – Cliquez sur «Soumettre maintenant»

Confirmation

Votre réponse va être enregistrée. Confirmez – vous votre choix ?

6 – Cliquez sur «Accepter»

5. Effectuer un bilan

Vous devrez effectuer un bilan par an : d'accreditation tous les 4 ans et annuels entre vos bilans d'accreditation. Les dates d'envois de vos bilans sont fixées en fonction de votre dernière date d'accreditation et pas de la date de votre dernier bilan.

Vostra Situation | 1 – Cliquez sur «Vostra programme détaillé » | Votre parcours d'accreditation

Vostra programme annuel | Votre programme détaillé

01/01/2018

Permet de consulter la période d'envoi de votre bilan. Celuci peut être compléter toute l'année.

3 mois pour réaliser et envoyer le bilan

02/10/2018

31/12/2018

Aujourd'hui

BILAN PRÉCÉDENT

DÉBUT RÉALISATION DU BILAN

DATE LIMITE D'ENVOI DU BILAN

Conseils: Votre bilan peut être déclenché et adressé au cours des 3 derniers mois de l'année de l'accreditation. Ne perdez pas de temps et préparez-le au plus tôt

	RESTE A FAIRE	FAIT
Evénements	1	0
Recommandations	2	0
Activités	2	0

Voir le bilan

Compléter votre bilan

Mon Programme

Période du 01/01/2018 au 31/12/2018

Permet de consulter la période de votre bilan.

Consulter le programme de la spécialité

Bilan individuel

Le bilan a été déclenché par vous-même le 12/08/2019
Votre bilan est en cours de réalisation
Vous devez le transmettre à votre organisme avant le 31/12/2018

Permet de consulter le programme de votre spécialité

Déclaration d'événement

Déclarer un événement ?

Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type
<p>Consultez «Déclarer un évènement » si vous n'en avez pas déclaré suffisamment</p>				

Recommandations

● Sélectionnées ● Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi	
Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »	Détail	à réaliser	
Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur	Détail	à réaliser	

1 – Déclarez la réalisation de vos recommandations

Activités

● Sélectionnées ● Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi	
Engagement continu dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dont la participation à des RMM	Détail	à réaliser	
Participation à des actions de DPC centrées sur la gestion du risque en anesthésie réanimation	Détail	à réaliser	

2 – Déclarez la réalisation de vos activités

Recommandations

● Sélectionnées ● Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi	
Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »	Détail	à réaliser	
Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur	Détail	à réaliser	

1.A – Cliquez sur «à réaliser»

Mise en oeuvre des recommandations

Intitulé court Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Suivi de la mise en oeuvre

en cours de réalisation
Veuillez décrire les actions mises en oeuvre *

recommandation réalisée
Veuillez décrire les résultats obtenus *

recommandation non réalisée
Veuillez indiquer le motif *

Documents joints

Abandonner

Parcourir

Enregistrer

1.B – Cochez l'état de votre recommandation

1.C – Justifiez votre réponse

Permet de joindre un document si besoin

1.D – Cliquez sur «Enregistrer»

Activités

● Sélectionnées ● Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi
Engagement continu dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dont la participation à des RMM	Détail	à réaliser
Participation à des actions de DPC centrées sur la gestion du risque en anesthésie réanimation	Détail	à réaliser

2.A – Cliquez sur «à réaliser»

Participation aux activités

Intitulé de l'activité Engagement continu dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dont la participation à des RMM

Suivi de la participation

en cours de réalisation
Veuillez décrire les actions mises en oeuvre *

activité réalisée
Veuillez décrire les résultats obtenus *

activité non réalisée
Veuillez indiquer le motif *

Documents joints

Abandonner

Parcourir

Enregistrer

2.B – Cochez l'état de votre recommandation

2.C – Justifiez votre réponse

Permet de joindre un document si besoin

2.D – Cliquez sur «Enregistrer»

Transmettre un bilan

Votre Situation
Votre parcours d'accréditation

Votre programme annuel
Votre programme détaillé

Conseils: Votre bilan peut être déclenché et adressé au cours des 3 derniers mois de l'année de l'accréditation. Ne perdez pas de temps et préparez-le au plus tôt

	RESTE A FAIRE	FAIT	
Evénements	1	0	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">Voir le bilan</div>
Recommandations	1	1	
Activités	1	1	

1 – Cliquez sur «Voir le bilan»

Bilan d'accréditation n° 109113

1

2

3

4

5

6

7

8

Vos données de contact

Vos données professionnelles

Situation de l'année

Bilan d'activité

Questionnaire d'auto-évaluation

Programme applicable

Soumettre le Bilan

Avis et Décision

Vos données de contact

Mail *

Téléphones * Fixe

Mobile

Vous êtes d'accord pour recevoir des communications par mail de la part de la HAS sur d'autres sujets que l'accréditation

Adresse Postale de Contact

Entreprise / établissement / organisation

N° et libellé de voie *

Complément d'adresse

Code postal * Ville *

Numéro CEDEX


Annuler la saisie

Enregistrer

Etape suivante

2 – Modifiez vos coordonnées si besoin et cliquez sur «Etape suivante»


Vos données professionnelles

 Les données ont été mises à jour

Mode exercice * Libéral
Département de la CPAM d'exercice * 49 Maine-et-Loire

Désignation du ou des lieux d'exercice

Liste de mes établissements (Résultat: 1)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse	
POLYCLINIQUE DU PARC - LA CHAUVELLIERE	490002037	49	3 RUE D'ARCOLE	

Recherchez votre (vos) établissement(s) suivant les critères ci-dessous, puis le (les) dépla

2A – Pour ajouter des établissements, cliquez sur «Ouvrir». Pour en enlever, cliquez sur la croix.

2 – Modifiez vos données professionnelles si besoin (cf. ci-dessus et ci-dessous) et cliquez sur Etape suivante

Aide à la recherche des établissements

Ouvrir

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer **Etape suivante**

Aide à la recherche des établissements

Fermer

2B – Renseignez les critères de recherche de votre établissement (département, FINESS). Pour la recherche par nom, écrivez en majuscules.

1- Définir des critères de recherche

Département Code Finess Nom de l'établissement *Exemple : Cochin, La Timone*

2- Lancer la recherche 3- Sélectionner dans le tableau suivant 4- Ajouter la sélection dans ma liste

Résultats de ma recherche (Résultat: 0)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse

2C – Cliquez sur «Lancer la recherche»

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

2- Lancer la recherche 3- Sélectionner dans le tableau suivant 4- Ajouter la sélection dans ma liste

Résultats de ma recherche (Résultat: 2)

Nom établissement	Finess	Département	Adresse	
HOPITAL COCHIN - SITE TARNIER (AP-HP)	750100026	75	89 rue d'assas 75001 PARIS 01	<input type="checkbox"/>
HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS CENTRE-SITE COCHIN (AP-HP)	750100166	75	27 rue du faubourg saint jacques 75679 Paris Cedex 14	<input type="checkbox"/>

2.D- Sélectionnez votre établissement

2.E- Cliquez sur Ajouter la sélection dans ma liste

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

Le bilan a été déclenché par vous-même le 12/08/2019
 Votre bilan est en cours de réalisation
 Vous devez le transmettre à votre organisme avant le 31/12/2018

Déclaration d'événement

Déclarer un événement ?

Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type

Recommandations

• Sélectionnées • Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi	
Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »	Détail	réalisé	xxx
Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur	Détail	à réaliser	

Activités


• Sélectionnées • Non Sélectionnées

Intitulé		Suivi	
Engagement continu dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dont la participation à des RMM	Détail	réalisé	
Participation à des actions de DPC centrées sur la gestion du risque en anesthésie réanimation	Détail	à réaliser	

3 – Modifiez votre bilan ([Compléter votre bilan](#)) si besoin et cliquez sur «Etape suivante »

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

Bilan d'activité

 Les données ont été mises à jour

Résumé le bilan de votre année (point positifs et point à améliorer) *

xxx

4 – Résumez votre bilan

5 - Cliquez sur «Etape suivante»

Documents joints

 Parcourir

Etape précédente

Annuler la saisie


Enregistrer

Etape suivante

Questionnaire d'auto-évaluation


 Les données ont été mises à jour

RMM

- Faites vous des RMM ? *
- Oui, 2 à 3 par an 
 - Oui, 4 à 5 par an
 - NON
 - Ne sais pas

6 – Dans le cas d'un **bilan d'accréditation**, complétez le questionnaire et cliquez sur « Etape suivante »

PRÉVENTION DE L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE

- Étiquetez-vous les seringues avec un code couleur ? *
- OUI 
 - NON
 - Non concerné

Etape précédente

Annuler la saisie

Enregistrer

Etape suivante

Bilan d'activité

 Les données ont été mises à jour

	RESTE A FAIRE	FAIT
Événements	1	0
Recommandations	1	1
Activités	1	1

Vous êtes à -224 jour(s) de la date limite de transmission à votre organisme.

Souhaitez-vous laisser un commentaire à votre expert ? * oui non

Souhaitez-vous transmettre votre bilan maintenant ?

Indiquez si vous souhaitez laisser un commentaire

Cliquez sur « Envoyer à l'OA »

Confirmation

Votre bilan va être transmis l'expert pour être analysé.
Confirmez – vous votre choix ?

10 – Cliquez sur « Accepter »

Votre expert va alors traiter votre déclaration. Il peut la refuser, l'accepter ou demander un complément. Vous recevrez un mail pour vous informer de sa décision.

En cas de complément demandé

Votre Situation Votre parcours d'accréditation

Votre programme annuel Votre programme détaillé

Conseils: Votre bilan peut être déclenché et adressé au cours des 3 derniers mois de l'année de l'accréditation. Ne perdez pas de temps et préparez-le au plus tôt.

	RESTE A FAIRE	FAIT
Événements	1	0
Recommandations	1	1
Activités	1	1

1 – Cliquez sur «Voir le bilan»

Voir le bilan

Bilan d'accréditation n° 10911 2 – Cliquez sur l'onglet «Avis et décision»

1	2	3	4	5	6	7	8
Vos données de contact	Vos données professionnelles	Situation de l'année	Bilan d'activité	Questionnaire d'auto-évaluation	Programme applicable	Soumettre le Bilan	Avis et Décision

Avis et décision

Analyse de l'expert

Résumé

Documents joints

Evaluation de l'expert

Cadre d'évaluation annuel	Indicateurs du programme		Appréciations de l'expert	
	RESTE A FAIRE	FAIT	Oui / Non	Commentaires
Le médecin a-t-il satisfait aux exigences suivantes de son programme annuel ?				
déclaré le nombre et le type d'EIAS demandé ? *	1	0	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
mise en œuvre les recommandations de son programme individuel ? *	1	1	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
réalisé les activités de son programme individuel ? *	1	1	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	

Complément demandé

Complément demandé le 12/08/2019 XXXX

3 – Cliquez sur l'onglet « Modifier »

Réponse du médecin (Complément Demandé)

Votre réponse *

Etape précédente

Modifier

Complément demandé

Complément demandé le 12/08/2019 XXXX

4 – Répondez à votre expert

Réponse du médecin (Complément Demandé)

Votre réponse *

Souhaitez-vous soumettre votre réponse ?

Soumettre maintenant

Plus tard

5 – Cliquez sur « Soumettre maintenant »

Etape précédente

Annuler la saisie

Confirmation

Votre réponse va être enregistrée. Confirmez – vous votre choix ?

6 – Cliquez sur « Accepter »

Accepter

Annuler

6. Editer un certificat d'accréditation

Accréditation des médecins et des équipes médicales

1 – Cliquez sur «[Votre parcours d'accréditation](#)»

Votre parcours d'accréditation

1 – Cliquez sur «[Télécharger votre dernier certificat d'accréditation](#)»

Période annuelle	Etat du bilan	N° de bilan	Date de l'état	Evénements	Activités	Recommandations	Suivi	
1 ère demande d'accréditation	Décision d'accréditation	17123	21/12/2011	2/2	0/0	0/0		Détail

7. Modifier ses informations personnelles / son mot de passe

1 – Cliquez sur «[Mon Compte](#)»

Vos données

Modifier

N° RPPS / Identifiant [REDACTED]

Civilité Titre *

Nom * [REDACTED]

Prénom * [REDACTED]

Mail * [REDACTED]

2 – Cliquez sur «Modifier »

3 – Modifiez les informations que vous souhaitez

4 – Cliquez sur «Enregistrer»

Vos données de contact

Modifier

Mail * [REDACTED]

Téléphones * Fixe 000000000
Mobile

Accord pour recevoir des mails d'information ou de communication de la HAS

Adresse
xxx
00000 xxxxxx

Civilité Titre *

Nom *

Prénom *

Mail *

Annuler la saisie **Enregistrer**

Vos données professionnelles

Modifier

Mode exercice *

Département de la CPAM d'exercice *

Lieu(x) d'exercice HOPITAUX UNIVERSITAIRE PARIS CENTRE-SITE COCHIN (AP-HP) 75 750100166 27 rue du faubourg saint jacques 75679 Paris Cedex 14

Consultez [«Remplir sa demande d'engagement»](#) pour le mode d'emploi de la fonction recherche d'établissements

Mot de passe

Modifier

Pour protéger vos données, modifiez régulièrement votre mot de passe.
Votre nouveau mot de passe doit être composé de x caractères sans espace.

8. Renoncer à l'accréditation

Collège de Neurochirurgie **SIAM** Dr
Neurochirurgie VOTRE ESPACE D'ACCREDITATION Dernière connexion le 08/08/2019 16:14 000000000
Demande d'engagement en cours

Accréditation des médecins et des équipes médicales

Accueil

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Votre Situation **Votre parcours d'accréditation**

Votre demande d'engagement **1 – Cliquez sur «Votre parcours d'accréditation»**

Date de la demande : 08/08/2019
Date de transmission à votre organisme agréé : 08/08/2019

Votre parcours d'accréditation

Accueil > Votre parcours d'accréditation

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Engagement dans la démarche N° de la demande d'engagement 52569
Date de demande d'engagement 08/08/2019 **2 – Cliquez sur Demande de renoncement**
Voir votre demande d'engagement

Situation actuelle du médecin
Le médecin est actuellement **Candidat à l'accréditation**
Rejoindre ou créer une équipe médicale

Parcours d'accréditation

Période annuelle	Etat du bilan	N° de bilan	Date de l'état	Evénements	Activités	Recommandations	Suivi	
1ère demande d'accréditation				0/0	2/0	1/0		Détail

Sortie du dispositif d'accréditation
Demande de renoncement

Retour

Renoncement à l'accréditation

Motif du renoncement *

3 – Indiquez votre motif de renoncement

Date souhaitée du
renoncement *

4 – Précisez la date de votre renoncement

Observation

5 – Cliquez sur « Valider »

Documents joints

Parcourir

Annuler

Valider

Valider

Êtes-vous sûr de vouloir valider votre demande ?

6 – Cliquez sur «Oui»

Oui

Non

9. Effectuer un bilan en équipe

Après connexion sur SIAM2, il apparaît sur la page d'accueil, différentes informations :

- Votre parcours d'accréditation (cliquable)
- Votre programme détaillé (cliquable)
- Téléchargement de votre certificat d'accréditation individuelle (cliquable)
- La composition de l'équipe (vous pouvez y accéder directement pour, le cas échéant, corriger les informations : entrées et sorties, changement de référent...) (cliquable)
- Le baromètre vous permettant de voir vos dates de bilan (non cliquable)
- Les 5 piliers du nouveau programme d'accréditation apparaissent (cliquable)
- Voir le bilan (cliquable)

The screenshot displays the 'Votre Situation' section of the SIAM2 interface. At the top, there are navigation links: 'Accueil', 'Votre Organisme Agréé', 'Haute Autorité de Santé', and 'Aides disponibles'. The main heading is 'Votre Situation', with a button for 'Votre parcours d'accréditation'. Below this, the 'Votre programme annuel' section shows the team name 'CEFA-HGE-6' and buttons for 'Votre programme détaillé' and 'Composition de l'équipe'. A link to 'Télécharger votre dernier certificat d'accréditation' is provided. A timeline visualization shows the previous report date (22/01/2023), the start of the report period (23/10/2023), and the deadline (21/01/2024). A 3-month period is highlighted for completing and sending the report. A 'Conseils' section advises that the report can be triggered during the last 3 months of the accreditation year. At the bottom, a box titled 'Réaliser votre programme d'accréditation' lists five pillars: Sécurité des patients, Pratiques professionnelles, Travail en équipe, Relation patient, and Santé du professionnel. A circular diagram with five colored segments (grey, green, orange, red, blue) is connected to a 'Voir le bilan' button.

Saisie du programme

Tout au long de l'année, vous pouvez renseigner au « *fil de l'eau* », toutes les activités choisies, et préciser leur état de réalisation ainsi qu'ajouter des pièces jointes : nous recommandons vivement de saisir tous ces choix et informations au fur et à mesure, afin de simplifier votre travail (sans attendre les 3 mois de période de bilan).

Vous devez déclencher le bilan durant les 3 mois avant sa date limite de soumission.

Nous vous recommandons également d'afficher régulièrement le SIAM, en réunion d'accréditation dans un but de communication au sein de l'équipe.

Déclaration d'un EIAS

Vous pouvez saisir en haut de la page « Réaliser votre programme d'accréditation » les EIAS déclarés et analysés.

L'état du traitement des EIAS est affiché : transmis, validé ou complément d'information.

Mon Programme

Periode du 01/04/2023 au 31/03/2024

Consulter le programme de la spécialité

Bilan de l'équipe

Voir le bilan

Le bilan a été déclenché par vous-même le 15/01/2024

Déclaration d'événement

Description des attendus :

Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type
286440	28/06/2023	accepté 28/06/2023 (en équipe)	EIAS ayant donné lieu à une analyse pertinente et à des mesures adaptées	Ciblé
290791	09/11/2023	transmis 09/11/2023 (en équipe) Réponse faite le 15-01-2024		Ciblé

2.2 Saisie des informations du programme pilier par pilier

Sur la même page, un tableau regroupe les 5 piliers du nouveau programme de votre OA ainsi que les exigences du programme affichées dans l'encadré au-dessus de chaque pilier.

En cliquant l'onglet du pilier, vous affichez les différentes activités proposées par le programme de l'OA et déterminez celles que vous souhaitez réaliser.

Pour renseigner le niveau de réalisation d'une activité, cliquer sur « à réaliser » et vous avez un menu affichant : activité choisie, en cours, réalisée, évaluée ou non retenue. L'état de l'activité au bilan précédent est visible.

● **Pilier 1 : Sécurité des patients**

Exigences				
Sécurité des patients Commentaire		Protocolisation d'une Situation à risque (facultatif) C'est la dimension gestion de risques - démarche fondatrice de l'accréditation basée sur un		
<ul style="list-style-type: none"> ● Sécurité des patients ● Pratiques professionnelles ● Travail en équipe ● Santé du professionnel ● Relation patient 				
Intitulé		Suivi du bilan actuel		Etat du bilan précédent
Protocolisation - Mise en place d'un plan d'action sur les RMM de l'année	Détail	réalisé (en équipe)	OK	
Protocolisation de situations à risque (SAR) – Bistouri électrique, prélèvement au bloc opératoire, autre SAR locale	Détail	à réaliser (en équipe)		

● **Pilier 2 : Pratiques professionnelles**

Exigences				
Pratiques professionnelles Commentaire		Ce volet concerne les fondements scientifiques et techniques de la discipline : bien sûr, le maintien ou l'acquisition de nouvelles connaissances (FMC / DPC), mais aussi le partage au sein de l'équipe de ces données actualisées, leur implémentation dans le travail au quotidien et le cas échéant leur évaluation. De même, il s'agit de la participation à toutes les instances de concertation pour les prises en charge difficiles.		
<ul style="list-style-type: none"> ● Sécurité des patients ● Pratiques professionnelles ● Travail en équipe ● Santé du professionnel ● Relation patient 				
Intitulé		Suivi du bilan actuel		Etat du bilan précédent
EPP	Détail	à réaliser (en équipe)		
"Je mets en pratique dans mon équipe une recommandation de société savante ou d'organisme professionnel pour les MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES"	Détail	en-cours (en équipe)	En cours	
"Je mets en pratique dans mon équipe une recommandation de société savante ou d'un organisme professionnel en ENDOSCOPIE"	Détail	non retenu (en équipe)	TEST	

• **Pilier 3 : Travail en équipe**

Exigences

Travail en équipe
Commentaire

Ce volet vise à améliorer les facteurs non techniques, qui doivent désormais être inclus dans le cursus universitaire des médecins – c'est-à-dire les notions de leadership, d'objectifs partagés, de communication, de collaboration, de coordination, de cognition collective et aussi de prévention et de gestion des conflits
- de l'organisation et des prises en charge :
- de la communication
- de l'intégration

● Sécurité des patients ● Pratiques professionnelles ● **Travail en équipe** ● Santé du professionnel ● Relation patient

Intitulé		Suivi du bilan actuel		Etat du bilan précédent
Pour l'accréditation en équipe - Organiser un processus de prise en charge en équipe	Détail	à réaliser (en équipe)		réalisé (en équipe)
Adaptation et évaluation de check-list en vraie vie (bloc, MICI, chimiothérapie...)	Détail	évalué (en équipe)	ok	
Staff de service (revue de patient, revue de dossier, réunion d'unité, réunion de validation du programme d'endoscopie...)	Détail	à réaliser (en équipe)		
Participation RMM	Détail	à réaliser (en équipe)		
Participation RCP	Détail	à réaliser (en équipe)		
Adaptation et évaluation de check-list en vraie vie (bloc, MICI, chimiothérapie...)	Détail	à réaliser (en équipe)		

1-4 < 1 > 1-1

• **Pilier 4 : Santé du professionnel - Questionnaire**

Dans le pilier Santé du professionnel en cliquant sur « Détail » vous trouverez un lien qui vous redirigera vers le questionnaire lié à l'activité :

Exigences

Sécurité des patients
Commentaire

Protocolisation d'une Situation à risque (facultatif)
C'est la dimension gestion de risques - démarche fondatrice de l'accréditation basée sur un

● Sécurité des patients ● Pratiques professionnelles ● Travail en équipe ● **Santé du professionnel** ● Relation patient

Intitulé		Suivi du bilan actuel		Etat du bilan précédent
Santé du professionnel	Détail	en-cours (en équipe)	en cours	

1-4 < 1 > 1-1

Participation aux activités

Intitulé de l'activité Santé du professionnel

Questionnaire de l'action* [Ouvrir le questionnaire](#) Questionnaire n'a pas été complété par tous les médecins. Vous ne pouvez pas modifier le suivi pour le moment. Veuillez patienter que toutes les réponses aient été soumises.

Suivi de la participation

en cours de réalisation

Veuillez décrire les actions mises en œuvre *

OK

2/4000

L'auto-questionnaire est confidentiel et anonymisé, seul le médecin ayant complété le questionnaire peut consulter ses propres réponses. Elles ne sont visibles par personne d'autre : ni l'expert dédié à l'équipe, ni l'OA, ni la HAS. Une fois l'auto-questionnaire renseigné, l'expert aura uniquement l'information « brute » que le membre de l'équipe aura réalisé dans son auto-questionnaire santé.

Pour accéder au questionnaire, vous devez cliquer sur « Modifier » afin de le remplir, puis sur « Enregistrer » :

Questionnaire QUE_2024_001231

Description :

Réponses au questionnaire

AQ1 Santé globale année 1

Avez-vous un médecin référent / traitant ? * Oui Non

Si c'est oui, A quelle fréquence le consultez-vous ? * Selon les besoins (pas de périodicité fixe) Une fois par an Plusieurs fois par an

Si c'est non, Pour quelles raisons ? * Je n'ai pas de besoins spécifiques, ni de pathologie le nécessitant Je ne souhaite pas confier ma santé et la gestion de mes problèmes à un médecin référent Je ne prends pas le temps de consulter « formellement » un confrère Autre motif

Êtes-vous votre propre médecin référent ? * Oui

Fermer Modifier

• **Pilier 5 : Relation patient**

Exigences

Relation patient
Commentaire

Cette dimension est facultative, elle incite à se questionner sur la place du patient dans son parcours de soins. Elle peut notamment s'appuyer sur les évaluations de l'expérience patient réalisées dans le cadre de la certification des établissements de santé

- Sécurité des patients
- Pratiques professionnelles
- Travail en équipe
- Santé du professionnel
- **Relation patient**

Intitulé		Suivi du bilan actuel	Etat du bilan précédent
Relation avec le patient	Détail	réalisé (en équipe)	ok

1

Transmission du bilan

La transmission du bilan est au niveau de la bulle 3 pour un bilan annuel et de la bulle 4 pour un bilan d'accréditation.

1) Relance des médecins

En tant que référent, vous pouvez relancer les membres de votre équipe n'ayant pas complété le questionnaire (le caractère obligatoire du questionnaire est décidé par l'OA). Vous pouvez également demander à votre expert de le faire à votre place : dans tous les cas, en actionnant cette demande, un mail sera envoyé directement au médecin avec le lien pour aller directement sur la saisie du questionnaire.

Soumission du bilan

✘ Les médecins n'ont pas tous pris connaissance du résumé du bilan. Vous devez laisser un commentaire à votre expert.

i Les données ont été mises à jour

Liste des médecins

Pour votre information, 0 sur 7 médecins ont pris connaissance du bilan

Nom Prénom email téléphone	Prise de connaissance du bilan de l'équipe Observation du médecin	Situation dans l'équipe	Actions avec questionnaire non complété	
	Non	Membre depuis le 01/03/2015	• ACT_2023_010482	Relancer

2) Réalisation du bilan en pluri -disciplinaire ou pluriprofessionnel

C'est dans cette même bulle que vous pouvez cocher si le bilan a été réalisé en pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnel et ajouter les noms et fonctions des praticiens avec lesquelles vous avez collaboré :

Activité pluridisciplinaire Activité pluriprofessionnelle ?

Liste des professionnels associés pour l'accréditation * (Résultat: 2)

Nom	Prénom	Fonctions	
x	y	IBODE	<input checked="" type="checkbox"/>
y	z	Pharmacien	<input checked="" type="checkbox"/>

1

Ajouter un nouveau professionnel

Cette étape est très importante ainsi les praticiens et professionnels de santé, ajoutés dans l'étape précédente, apparaîtront sur l'attestation d'accréditation en équipe et verront ainsi valorisée leur participation au programme:



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ACCRÉDITATION DES MÉDECINS ET DES ÉQUIPES MÉDICALES

ATTESTATION (1/2)

L'équipe médicale de la spécialité :
Anesthésie-réanimation

Établissements, villes (CP)
Clinique Ambroise Paré - Louis Pasteur Santé -
57100 Thionville

Les médecins, ci-dessous, ont validé avec succès leur démarche d'accréditation
en équipe le : 17 novembre 2022

Dr Nathanaël HIME
Dr Geoffrey JURKOLOW
Dr François KORSEC
Dr Julien MICHEL

En collaboration avec :

Mme Danièle ALBANESI, IDE
Mme Émilie BRAUN, IDE
Dr Armelle BRETON, chirurgien de la main
Mme Sandra CHAUDY, IDE
Mme Céline CHEVAUCHERIE, IDE
M. David COLLIGNON, IADE

Mme Karine COURCELLE, IDE hygiéniste
Mme Cassandra FRONDUTTI, IDE
Mme Véronique FURFARO, IBODE
M. Frédéric GARIN, IADE
Docteur Zied GHARIANI, chirurgien vasculaire
Mme Marine HELLER, IDE

Cette attestation est délivrée pour faire valoir la qualité de l'engagement des médecins de cette équipe dans la démarche d'accréditation. Elle est délivrée pour une durée de quatre ans, sous réserve du respect par les médecins de leurs obligations annuelles, et de l'absence de modification de la composition de l'équipe. Elle ne peut être utilisée à titre individuel par les médecins cités ci-dessus auprès de l'Assurance Maladie.

Chaque membre de l'équipe doit valider le résumé du bilan de l'activité saisi par le médecin référent.

3) Avis de l'expert

C'est au niveau de la dernière bulle que vous pourrez consulter l'avis de votre expert et télécharger votre certificat d'accréditation, s'il s'agit d'un bilan d'accréditation :

1 —
 2 —
 3 —
 4 —
 5

Données de contact de l'équipe
Bilan d'activité de l'équipe
Questionnaire d'accréditation
Transmission du bilan
Avis et décision

Avis et décision

i Les données ont été mises à jour

Analyse de l'expert

Résumé * test

Documents joints /

Appréciation de l'expert

Appréciation favorable le 22/02/2024
Motivation de l'appréciation: test

Avis de l'expert

Nom Prénom email téléphone	Suivi de l'avis de l'expert et de la décision de la HAS pour chaque médecin
<div style="background-color: black; color: white; font-size: 0.8em; padding: 2px;">[REDACTED]</div> refex@has-sante.fr <div style="background-color: black; color: white; font-size: 0.8em; padding: 2px;">[REDACTED]</div>	Avis favorable le 22/02/2024 Motivation de l'appréciation: test Editer le bilan