

CANDIDATURE « REPAS A L'HÔPITAL »

Nom de l'établissement : _____

Adresse, CP, ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Type d'établissement :

- Centre Hospitalier Centre Hospitalier Universitaire Membre d'un GHT
- Centre Hospitalier Spécialisé AUTRE type de structure _____
- Dispose d'un CLAN Adhère à un réseau nutrition (CLAN départemental, Structure Régionale...)

Nombres total de lits : _____

Votre direction gère-t-elle la restauration d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux ? Si oui, précisez leur nom et leur commune :

Type d'activité :

- Médecine, Chirurgie, obstétrique, chirurgie ou médecine ambulatoire SSR
- Long séjour service de pédiatrie

Service restauration

Mode de gestion :

- Autogéré Autogéré mais en achat concédé Autre (précisez)

Type de préparation :

- Production sur place En lien avec une cuisine centrale
- Liaison froide Liaison chaude

Nombre de repas servis par jour :

Pour les patients : _____ Pour les résidents : _____

Pour le personnel : _____

Coût de l'UO, Unité d'Œuvre (1/2 journée alimentaire) :

Périmètre : Achat matière 1ère, production, distribution, livraison/ transport, service....

Engagement

Après avoir pris connaissance des modalités de la note d'intention « REPAS À L'HÔPITAL » sur l'objectif d'augmenter le niveau de satisfaction et de nutrition du patient à l'hôpital,

Je, soussigné(e) _____

en tant que (fonction) _____

de l'établissement nommé ci-dessus, manifeste mon intérêt pour la démarche proposée en 2019.

Si le comité de pilotage, retient la candidature de mon établissement dans le cadre de l'Appel à projet je m'engage à :

- Mobiliser une équipe projet au sein de mon établissement.
- Libérer du temps permettant à l'équipe projet de se mobiliser.
- Impliquer l'équipe projet dans l'échange et le travail en groupe.
- Faire connaître et valoriser les actions de la démarche.

L'équipe projet pluridisciplinaire

(restauration, diététique, médical, soignant, qualité...)

L'équipe projet sera constituée de :

Nom- Prénom	Fonction	Téléphone	Mail

Le coordonnateur du projet sera (*contact privilégié pour le projet*) :

Nom- Prénom	Fonction	Téléphone	Mail

Motivations

Compléter votre candidature en joignant un document précisant :

- L'intérêt pour votre établissement à s'inscrire dans ce projet.
- Votre motivation.
- Les attentes et les atouts pour chaque membre de l'équipe projet.

Vous pouvez joindre tous documents qui vous semblent utiles (plaquette de l'établissement...).

Date,
Cachet de l'établissement et signature

Candidature à transmettre avant le 14 septembre 2018

Par mail à marc.bouche@sante.gouv.fr, copie à florence.millet@sante.gouv.fr