Formulaire de Collaboration de l'Établissement de Santé à la Mise en Œuvre de la DPS

Identification de l'Établissement de Santé de la Sous-Région

Nom de l'Établissement

Date de Création

Type d'Établissement

Services d'Hospitalisation
- Non
- Oui

Services de Radiologie
- Non
- Oui

Service d'Accueil des Urgences
- Non
- Oui

Langue Principale de Travail

Nombre de Salles d'Hospitalisation

Nombre de Lits

Personnel Non Soignant

Entretien

Sécurité

Administratif

Total

Personnel Soignant

Aides-Soignants

Infirmiers

Médecins

Total

Conseil de Gestion / d'Administration

Conseillères

Conseillers

Total

Membres du Bureau de Surveillance

Femmes

Hommes

Total

Services Disponibles Dans l'Établissement de Santé

- ☐ Cancérologie
- ☐ Cardiologie
- ☐ Chirurgie
- ☐ Dermatologie
- ☐ Diabétologie
- ☐ Gastro-Entérologie
- ☐ Gynécologie
- ☐ Hématologie
- ☐ Imagerie Médicale
- ☐ Laboratoire Médical
- ☐ Maternité
- ☐ Med Bucco-Dentaire
- ☐ Médecine Interne
- ☐ Néonatalogie
- ☐ Neurologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Planning Familial
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Radiologie
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Urgences

Adresse de Correspondance

Adresse

Boîte Postale **Ville**

Courrier Électronique Site Internet

Téléphone **WhatsApp**

Pays

Identification du Dirigeant

Nom

Prénom

Date de Naissance **Lieu de Naissance**

Commune **Arrondissement**

Département **Province/ Région**

Pays de Naissance **Nationalité**

Sexe Femme Homme

Situation Matrimoniale Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Autre

Fonction du Dirigeant **Date de Prise de Fonction**

Études

Niveau d'Études Premier Cycle universitaire Second cycle Universitaire Troisième Cycle Universitaire Autre

Établissement Fréquenté

Date d'Entrée **Date de Sortie**

Qualification Obtenue **Date de Qualification**

Ville **Pays**

Désignation du Membre du Comité National de Digitalisation

Nom

Prénom

Date de Naissance

Département

Province/ Région

Pays de Naissance

Nationalité

Sexe

- Femme
- Homme

Situation Matrimoniale

Situation Matrimoniale

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Autre

Fonctions

Fonction dans l'Établissement de Santé

Date de Prise de Fonction

Niveau d'Études

- Premier Cycle universitaire
- Second cycle Universitaire
- Troisième Cycle Universitaire
- Autre

Établissement Fréquenté

Date d'Entrée

Date de Sortie

Qualification Obtenue

Date de Qualification

Ville

Pays

Désignation du Membre du Comité Sous Régional de Digitalisation

Nom

Prénom

Date de Naissance

Lieu de Naissance

Département

Province/ Région

Pays de Naissance

Nationalité

Sexe

- Femme
- Homme

Situation Matrimoniale

Situation Matrimoniale

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Autre

Fonctions

Fonction dans l'Établissement de Santé

Date de Prise de Fonction

Niveau d'Études

- Premier Cycle universitaire
- Second cycle Universitaire
- Troisième Cycle Universitaire
- Autre

Établissement Fréquenté

Date d'Entrée

Date de Sortie

Qualification Obtenue

Date de Qualification

Ville

Pays

Projet en Cours d'Exécution

Intitulé du Projet

Date de Début du Cycle

Date de Fin de Cycle

Nombre de Phases

Financement

Objectifs

Stratégie de Mise en Œuvre

Déclaration du Dirigeant

Je Soussigné

Certifie qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts.

J'affirme que mon Établissement de santé collaborera activement à la mise en œuvre de la DPSP. Il sera représenté au sein du Comité National de Digitalisation (CND) par la personne désignée à la page 3 et au sein du Comité Sous Régional de Digitalisation (CSD) par celle désignée à la page 4 de ce formulaire. Elles participeront à toutes les activités et réunions programmées dans le cadre de la mise en œuvre de la DPSP.

Signature du Formulaire

Signé le

A

Par (Nom et Prénom)

Cocher pour Signer