

Démarche : Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

Organisme : DGOS-PF3

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Les données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de cette déclaration, sont réservées à un usage professionnel et conservées le temps strictement nécessaire à cette finalité. Ce traitement relève de l'exercice des missions d'intérêt public dont sont investis les ministères sociaux. Si vous souhaitez faire usage de vos droits (accès, rectification, opposition...), contactez le délégué à la protection des données de la DGOS : [DGOS-RGPD@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-RGPD@sante.gouv.fr)

### Région

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Auvergne Rhône Alpes
- ☐ Bourgogne Franche Comté
- ☐ Bretagne
- ☐ Centre Val de Loire
- ☐ Corse
- ☐ Grand Est
- ☐ Guadeloupe/St Martin/St Barthélémy
- ☐ Guyane
- ☐ Hauts de France
- ☐ Ile de France
- ☐ La Réunion
- ☐ Martinique
- ☐ Mayotte
- ☐ Normandie
- ☐ Nouvelle-Aquitaine

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

- ☐ Occitanie
- ☐ Océan Indien
- ☐ Pays de la Loire
- ☐ Provence Alpes Côte d'Azur

## Identification de l'opérateur de télésurveillance

La notion de professionnel médical se limite aux métiers de médecin, sage-femme et chirurgien-dentiste.

Il est impossible pour un Prestataire de Services et Distributeur de Matériel (PSDM) de se constituer opérateur de télésurveillance.

### Statut juridique de l'opérateur de télésurveillance :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Professionnel médical seul
- ☐ Etablissement de santé public
- ☐ Etablissement de santé privé
- ☐ Centre de santé
- ☐ Maison de santé pluri professionnelle (SISA)
- ☐ Etablissement ou service médico-social

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Numéro RPPS :

11 chiffres

Numéro Assurance Maladie :

9 chiffres

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

Raison sociale :

Adresse postale du siège social :

Nom du représentant légal :

Prénom du représentant légal :

Adresse électronique du représentant légal :

Numéro de téléphone du représentant légal :

Adresse électronique de contact :

Numéro de téléphone de contact :

Numéro SIRET :  
SIRET

Dénomination

Forme juridique

**Je ne trouve pas mon SIRET**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Si oui, renseignez votre numéro SIRET**

Il est demandé de renseigner le numéro SIRET qui est composé de 14 chiffres.

**FINESS Etablissement (FINESS ET) :**

Il est demandé de renseigner le numéro FINESS de l'établissement (9 chiffres).

## Organisation de l'opérateur de télésurveillance

Activité de télésurveillance

# Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

## Activité de télésurveillance

### Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Diabète
- ☐ Insuffisance cardiaque chronique
- ☐ Insuffisance rénale chronique
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique
- ☐ Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique
- ☐ Oncologie
- ☐ Lombalgie commune subaiguë ou chronique
- ☐ Moniteur Cardiaque Implantable
- ☐ Maculopathie

## Qualification des professionnels de santé

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Infirmier en Pratique Avancée
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste;
- ☐ Manipulateur en électroradiologie médicale
- ☐ Audioprothésiste

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Prothésistes et orthésistes
- ☐ Diététicien

## Délégation des activités

### Avez-vous mis en place un protocole de coopération ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Description des actions déléguées par le protocole de coopération :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Déposez votre protocole de coopération ici :

### Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Qualité du tiers :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Professionnel de santé
- ☐ Société
- ☐ Bénévole (association)

### Précision si professionnel de santé :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Choisir parmi la liste ci-dessous :

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Infirmier en Pratique Avancée
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Pédicure-podologue

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Manipulateur en électroradiologie médicale
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Prothésistes et orthésistes
- ☐ Diététicien

### Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici

## Continuité des soins

### Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :

A titre d'exemple, assurer la continuité des soins peut consister pour l'opérateur à :

- informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement...)
- indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine) : confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place)
- et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le 15

## Activité de télésurveillance

### Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Diabète
- ☐ Insuffisance cardiaque chronique
- ☐ Insuffisance rénale chronique
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique
- ☐ Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique
- ☐ Oncologie
- ☐ Lombalgie commune subaiguë ou chronique

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

- ☐ Moniteur Cardiaque Implantable
- ☐ Maculopathie

## Qualification des professionnels de santé

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Infirmier en Pratique Avancée
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste;
- ☐ Manipulateur en électroradiologie médicale
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Prothésistes et orthésistes
- ☐ Diététicien

## Délégation des activités

### Avez-vous mis en place un protocole de coopération ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

Description des actions déléguées par le protocole de coopération :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez votre protocole de coopération ici :

### Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Qualité du tiers :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Professionnel de santé

☐ Société

☐ Bénévole (association)

### Précision si professionnel de santé :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Choisir parmi la liste ci-dessous :

☐ Médecin

☐ Chirurgien-dentiste

☐ Sage-femme

☐ Pharmacien

☐ Infirmier

☐ Infirmier en Pratique Avancée

☐ Masseur-kinésithérapeute

☐ Orthoprothésiste

☐ Pédicure-podologue

☐ Ergothérapeute

☐ Psychomotricien

☐ Orthophoniste

☐ Orthoptiste

☐ Manipulateur en électroradiologie médicale

☐ Audioprothésiste

☐ Opticien-lunetier

☐ Prothésistes et orthésistes

☐ Diététicien



# Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

## Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici

## Continuité des soins

### Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :

A titre d'exemple, assurer la continuité des soins peut consister pour l'opérateur à :

- informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement...)
- indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine) : confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place)
- et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le 15

## Activité de télésurveillance

### Activité de télésurveillance réalisée conformément aux lignes génériques :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Diabète
- ☐ Insuffisance cardiaque chronique
- ☐ Insuffisance rénale chronique
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique
- ☐ Prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique
- ☐ Oncologie
- ☐ Lombalgie commune subaiguë ou chronique
- ☐ Moniteur Cardiaque Implantable
- ☐ Maculopathie

## Qualification des professionnels de santé

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

### Qualification des professionnels de santé participant à l'activité déclarée :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Médecin
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Pharmacien
- ☐ Infirmier
- ☐ Infirmier en Pratique Avancée
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Orthoprothésiste
- ☐ Pédicure-podologue
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste;
- ☐ Manipulateur en électroradiologie médicale
- ☐ Audioprothésiste
- ☐ Opticien-lunetier
- ☐ Prothésistes et orthésistes
- ☐ Diététicien

## Délégation des activités

### Avez-vous mis en place un protocole de coopération ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Description des actions déléguées par le protocole de coopération :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Déposez votre protocole de coopération ici :

### Confiez-vous une partie de vos activités de télésurveillance à un tiers ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

### Qualité du tiers :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Professionnel de santé

☐ Société

☐ Bénévole (association)

### Précision si professionnel de santé :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Choisir parmi la liste ci-dessous :

☐ Médecin

☐ Chirurgien-dentiste

☐ Sage-femme

☐ Pharmacien

☐ Infirmier

☐ Infirmier en Pratique Avancée

☐ Masseur-kinésithérapeute

☐ Orthoprothésiste

☐ Pédicure-podologue

☐ Ergothérapeute

☐ Psychomotricien

☐ Orthophoniste

☐ Orthoptiste

☐ Manipulateur en électroradiologie médicale

☐ Audioprothésiste

☐ Opticien-lunetier

☐ Prothésistes et orthésistes

☐ Diététicien

### Description des actions confiées à un tiers par contrat ou convention

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déposez votre contrat ou convention encadrant les activités confiées à un tiers ici

## Continuité des soins

Description des dispositions prises pour assurer la continuité des soins :

## Déclaration de ses activités par l'opérateur de télésurveillance

A titre d'exemple, assurer la continuité des soins peut consister pour l'opérateur à :

- informer le patient de ses absences programmées (congé, formation, déplacement, empêchement...)
- indiquer au patient une solution alternative en cas de besoin non urgent pendant ses absences (en journée et en semaine) : confrère ou service hospitalier à qui le patient peut s'adresser (avec lesquels une organisation préalable a été mise en place)
- et rappeler au patient les mesures à prendre en cas d'urgence vitale : se rendre au SAU le plus proche ou contacter le 15

## Engagement de l'opérateur de télésurveillance

**L'opérateur s'engage à se mettre en conformité avec les référentiels mentionnés à l'article L. 162 52 du code de la sécurité sociale correspondant aux activités et à l'usage d'un dispositif médical numérique de télésurveillance médicale inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale**

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044565986/2022-07-09](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044565986/2022-07-09)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**L'opérateur s'engage à assurer la continuité des soins des patients**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**L'opérateur s'engage à assurer l'information du patient sur l'organisation de l'opérateur de télésurveillance, en particulier son information sur les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, et sur les éventuelles actions confiées à un tiers ou déléguées dans le cadre d'un protocole de coopération**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**L'opérateur de télésurveillance médicale s'engage à tenir à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé compétente et à lui remettre à sa demande tout document permettant de s'assurer de l'exactitude du contenu de la déclaration et du respect de ses engagements**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**L'opérateur certifie l'exactitude des informations saisies dans sa déclaration**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Signature**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non