**Programme d’amélioration continue du travail en équipe, Pacte**

**Projet pilote**

COUPON - REPONSE

Etablissement : ………………………………………………………………………………..

Vous confirmez votre souhait de participer à la phase pilote

Oui [ ]  Non [ ]

***Si oui****, merci de :*

➀Nous retourner une fiche d’engagement de la direction dûment signée

➁Nous préciser votre niveau de certification : ……………………………..

➂Nous préciser si votre établissement est en situation de crise sociale ?

Oui [ ]  Non [ ]

➃Nous indiquer le ou les secteur(s) d’activité identifié pour l’équipe *(urgences, bloc opératoire, réanimation, service d’hospitalisation de chirurgie, etc.)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

➄Désigner un binôme référent de l’équipe (ou trinôme)

*Ce binôme sera l’interlocuteur de l’équipe*

|  |
| --- |
| **Binôme -référent** |
| **Noms/prénoms** | **Fonction** | **Service** | **Mail** | **Ligne directe** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

➅Désigner un appui méthodologique *(gestion de projet et gestion des risques) ;*

Celui-ci aura **le rôle de facilitateur** auprès du binôme

|  |
| --- |
| **Facilitateur** |
| **Noms/prénoms** | **Fonction** | **Service** | **Mail** | **Ligne directe** |
|  |  |  |  |  |

➆Avez-vous déjà identifié un sujet d’équipe ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Merci pour votre réponse

A renvoyer pour le **30 avril 2015**, à l’adresse émail suivante

contact.equipe@has-sante.fr