

QUESTIONNAIRE TELEMEDECINE

Nom de l'EHPAD:.....

Adresse:

Votre EHPAD est-il équipé en télémédecine ?**Oui** : passer à la question 4**Non** : répondre aux trois questions suivantes:

1- Projet en cours? oui – non
2- Si oui état d'avancement du projet:
3- Besoins à satisfaire: psychiatrie, troubles comportement, plaies cutanées, Soins palliatifs, problèmes éthiques, urgence, pathologies diverses ... Autres:
Commentaires éventuels: voir en fin de document

Ehpad équipé:

4- Satisfait par la télémédecine ? oui – non pourquoi?
5- Déçu par la télémédecine ? oui – non pourquoi?
6- Nombre de connexion en 2017:

Aides obtenues:

7 -ARS oui – non
8- GCS Télésanté oui – non
9- Autre oui – non qui?

10-Réseau sécurisé ? ---Coût de l'Abonnement SDSL
Wifi dans les chambres ou salle spécifique ?

Type d'acte: Télé-consultation? Télé-expertise ? Autres?
Pathologie concernées:
Lésion cutanée, oui – non?
Psychiatrie, oui – non?
Troubles du comportement, oui – non?
Soins palliatifs, oui – non?
Problème éthique, oui – non?
Urgence , oui – non?
Etc ...
Autres problèmes ou remarques

Commentaires:

--