

Améliorer la prise en charge de la douleur aux Urgences

Pour vous inscrire à la démarche, merci de remplir et de retourner ce coupon-réponse (2 pages) signé du chef d'établissement et du chef de service dans les meilleurs délais :

- **par fax** au 01 53 33 32 69
- **et par courrier** à la MeaH, 50 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris

En retournant ce coupon, vous vous engagez dans un dispositif offert à 50 services des urgences et comprenant :

- 5 journées de travail au niveau national ;
- la mise en œuvre d'un recueil prospectif au début de la démarche et d'audits de dossiers courts et répétés tout au long de la démarche ;
- une analyse de votre organisation et de vos pratiques ;
- la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan d'actions d'amélioration.

Tout au long de la démarche, un soutien méthodologique (outils et supports) vous est proposé...

Mon établissement :

Adresse :

Mon service a déjà validé des EPP :	oui	non
Thème :		
Mon service est en cours de réalisation d'EPP :	oui	non
Thème :		
Nous avons déjà mené une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur :	oui	non

Je m'engage dans cette démarche avec les **objectifs et attentes** suivantes :

L'équipe projet sera constituée de :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Fonction :	Fonction :
Téléphone :	Téléphone :
E-mail :	E-mail :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Fonction :	Fonction :
Téléphone :	Téléphone :
E-mail :	E-mail :

Les demandes seront traitées par ordre d'arrivée.

Une confirmation d'inscription vous sera envoyée par courrier électronique et courrier postal.

A _____ le _____ 2008 A _____ le _____ 2008

Le chef d'établissement

Le chef de service