**Appel à projets FAVA-Multi « ETP et PNDS »**

Dossier administratif et financier

Ce dossier est à envoyer entièrement complété avant le **12 janvier 2024 à 21h** par mail aux adresses suivantes : [julie.chassagne@aphp.fr](mailto:julie.chassagne@aphp.fr) et secretariat.favamulti@aphp.fr

### Instigateur du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Réseau(x) du centre de compétence (Marfan / Rendu-Osler / MARS / Lymphœdème Primaires / Anomalies Vasculaires Superficielles / AVANCE )** |  |
| **Etablissement** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Budget demandé à la filière** |  |

Pour les projets ETP, merci de remplir les pages **1, 2, 3, et 5.**

Pour les projets PNDS, merci de remplir les pages **1, 4, et 5.**

**Description du projet ETP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour la création d’un nouveau programme ETP** | |
| **Maladie(s) vasculaire(s) rare(s) concernée(s)** | **Public** (enfant/adolescent/adulte) |
|  |  |
| **Pour l’actualisation d’un programme ETP** | |
| **Titre du programme ETP** | **Public** (enfant/adolescent/adulte), et nombre de patients ayant bénéficié du programme. |
|  |  |
| **Pour le déploiement d’un programme ETP dans d’autres régions** | |
| **Titre du programme ETP** | **Centre(s) dans le(s)quel(s) le programme ETP sera déployé** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Objectifs pédagogiques et description du programme** |
|  |

**Description du projet PNDS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pour la redaction d’un nouveau PNDS** | | | |
| **Maladie (s) vasculaire (s) rare (s) concernée (s)** | | **Composition du groupe de travail** | |
|  | |  | |
| **Pour la mise à jour d’un PNDS** | | | |
| **Titre du PNDS** | **Date de publication** | **Partie(s) à actualiser** | **Composition du groupe de travail** |
|  |  |  |  |

**Mise en œuvre du projet (ETP et PNDS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoins hors personnel** | **Besoins en personnels** *(précisez le type de personnel/le nombre d’ETP/le temps de recrutement nécessaire au projet)* |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel**  *Merci de bien préciser la date prévisionnelle de dépôt à l’ARS et la date prévisionnelle des premières sessions du programme ETP* |
|  |

**Budget prévisionnel (ETP et PNDS) :**

*NB : de potentiels frais de gestion pourront être appliqués par vos établissements sur le financement alloué qu’il faut inclure dans le projet demandé le cas échéant.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Postes de dépenses** | **Coûts** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Coût total du projet (incluant autres sources de financement) : …………………. euros

Autres sources de financement si existantes :