**Appel à projets « Parcours de soin » à destination des CCMR  
FAVA-Multi**

**Dossier administratif et financier**

Ce dossier est à envoyer entièrement complété avant le **vendredi 4 juillet 2025, 21h** par mail à l’adresse suivante : [julie.chassagne@aphp.fr](mailto:julie.chassagne@aphp.fr)

### Instigateur du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| **Réseau(x) du centre de compétence (MARFAN / RO / MARS / LP / AVS / AVANCE )** |  |
| **Etablissement** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Budget demandé à la filière (maximum 10 000 euro TTC sur 1 an)** |  |

**Description du projet**

|  |
| --- |
| **Objectifs (exemples : *Amélioration de la gestion de la file active, amélioration du parcours de soin…*) :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Organisation, Activités et Moyens :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Quelles maladies rares et combien de patients sont concernés par ce projet ?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Intérêt pour les patients** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Avez-vous déjà reçu un financement en 2024 pour l’AAP “Parcours de soin”?** Si oui, merci de détailler l’utilisation de ce financement et la réalisation des objectifs fixés. |
|  |

**Suivi de la réalisation et des résultats du projet (l’atteinte de ces indicateurs devra être démontrée un an après le début du projet)**

*Au minimum deux indicateurs (un indicateur de suivi et un indicateur de résultat) sont attendus.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Cible** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Exemples :*

*Pour le recrutement d’un temps secrétariat :*

* *Temps équivalent temps plein de secrétariat (indicateur) / 0,5 ETP sur un an (cible)*
* *Taille de la file active de patients atteints de maladies vasculaires rares géré par le centre / XX patients atteints de Marfan, XX patients atteints de MAV superficielles sur un an*

**NB : Des moyens de vérification de la bonne allocation des ressources au projet décliné ci-dessus pourront être demandés auprès des établissements.**

**Budget prévisionnel :**

*NB : de potentiels frais de gestion pourront être appliqués par vos établissements sur le financement alloué la filière ne peut encadrer ces frais.*

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

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

………………………. euros

Autres sources de financement si existante :