**EXPRIMENTATION VULNERABILITE-HANDICAP**

**ACCES AUX SERVICES DES URGENCES DES PERSONNES**

**EN GRANDE VULNERABILITE OU EN SITUATION DE HANDICAP**

**EVALUATION DES ESMS PARTICIPANTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Association :  | Etablissement : |
| Nom de la personne ayant renseigné l’évaluation | Fonction de la personne ayant renseigné l’évaluation |
| Date : Heure d’arrivée aux urgences : | ***nombre*** de personnes ayant eu recours à la filière Vulnérabilité-handicap :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Pour chaque recours au 15***  | Votre réponse | Vos remarques |
| ***motif*** de l’admission |  |  |
| ***temps d’attente*** au service des urgences **avant** prise en charge |  |  |
| ***durée totale*** de la prise en charge au service des urgences |  |  |
| Y a-t-il eu une hospitalisation post urgences ? |  |  |
| ***au retour*** dans l’ESMS : avez-vous été destinataire d’un **bilan médical** en rapport à l’affection ayant motivé le recours aux urgences ? |  |  |
| ***au retour*** : bilan de l’accueil par les accompagnants (personne, professionnel, famille)accueil au 15, accueil aux urgences, conditions d’attente, degré de satisfaction…  |  |  |
| ***date du dernier recours*** aux urgences pour la personne |  |  |
| ***Autres critères d’évaluation :***  |  |  |