****

**KIDS OPERATING ROOM**

**Formulaire de demande d'installation d'unité**

Achèvement de tsa forme Est un des 7 Étapes Que Constituent le processus d'établissement d'une KId Installation de salle d'opération dans votre hôpital.

Lla 7 Étapes sont:-

1 Application d'installation d'unité FORM (ce formulaire) Soumis

2 Portée Planification Visiter

3 Achèvement des actions de pré-installation

4) Installation

5) Commencer la soumission des données

6 Ouverture officielle (3-6 mois après l'installation)

7) Visite de suivis

Remarques: tous les champs doivent être remplis. Tout champ avec un astérisque (\*) doit être rempli, car l'application ne peut pas être traitée tant que cette information n'est pas connue.

**Formulaire de demande d'installation d'unité:**

Une fois rempli, ce formulaire doit être Retourné par courriel À: **hello@KidsOR.org**

**De quel pays est cette demande? \***

**Nom du pays:**

**S'il vous plaît nous parler de la personnes clés faire thEst Application. Nous devons savoir qui sont les champions de chirurgie, d'anesthésie et de soins infirmiers pour ce projet. \***

**Plomb chirurgical Nom:
Votre email:**

**Anesthésie nom du plomb:**

**Votre email:**

**Nom du chef d'infirmière:**

**Votre email:**

**S'il vous plaît nous dire sur l'emplacement proposé et les données démographiques pertinentes et les hôpitaux référents**

*(Veuillez fournir autant d'informations que vous pouvez pour soutenir votre application.)*

**S'il vous plaît nous parler votre institution (p. ex. Hôpital national/universitaire, RHôpital de référence égions)**

*(Veuillez fournir autant d'informations que vous pouvez pour soutenir votre application.)*

## S'il vous plaît nous parler de l'état de l'appui politique/administratif/de gestion pour ce projet

(Veuillez également décrire les dispositions qui seront en place pour maintenir et fournir des Articles réutilisables)

## Quel est le courant pédiatrique niveau de dotation dans votre pays (Combien de chirurgiens/anesthésistes pédiatriques) Et Combien d'entre eux vont utiliser cette installation?

*(S'il vous plaît Également donner le plus d'informations possible sur qui spécialties aurait accès à la salle d'opération)*

## Fournir un résumé consolidé sur les 12 derniers mois d'activité chirurgicale pédiatrique dans votre établissement.

*(Do ne pas fournir un carnet de bord, mais donné une indication de Actuelle volume de cas et complexité)*

## Quelles sont les modalités actuelles d'accès aux installations d'exploitation de votre établissement?

*(Décrire les activités existantes des adultes Chambre Installations, ce que vous avez accès à eux, et indiquer la présence de toute autre salle d'opération spécialisée)*

## Quelles sont la logistique et les raisons qui expliquent l'absence/carence actuelle d'un spécialiste pédiatrique spécialisé ou

Ident

## Do vous avez une salle potentielle/lieu qui serait approprié pour une utilisation en tant que spécialiste pédiatrique Ou

*(Ale LSO décrivent la relation spatialeles ORs adultes existants, l'espace proposé et les salles de chirurgie pédiatrique)*

## Avez-vous des installations de décontamination sûres et fiables à l'heure actuelle que la nouvelle installation sera en mesure d'accéder?

## Décrire la valeur ajoutée prévue d'un spécialiste/spécialisé en pédiatrie ou

*(Décrire les impact anticipé sur le volume de cas et le type de chirurgie à entreprendre)*

## Déterminer la disponibilité des installations de soutien adjacentes

*(Indiquer la présence ou l'absence d'une unité de soins intensifs pédiatriques, unité de soins intensifs pour adultes avec lits pédiatriques,d/ou la disponibilité d'une unité de soins intensifs néonatals. Veuillez donner une brève description de l'une de ces unités)*

## Décrire les risques perçus d'un spécialiste en pédiatrie ou dans votre établissement

*(Y compris tout risque de sécurité par rapport aux personnes ou aux équipements)*

## Outline le plan visant à atténuer ces risques

## Outline vos liens avec d'autres organismes de bienfaisance

## Outline les partenariats publics/privés existants

*(Will votre unité être utilisé pour les patients privés?)*

##  Décrire les tarifs de tarification (s'ils existent)

## Existante de formation (s'ils existent)

*(Je'identifier l'Université d'accréditation/Collège/association spécialisée /Authority et toutes les conditions préalables spécifiques qui doivent être remplies de maintenir que Credentialing)*

## Collecte de données

**Do vous vous engagez à fournir KidsOR avec une vue d'ensemble des cas et l'utilisation de l'installation ainsi que son état actuel de réparation par la soumission de rapports réguliers et, en outre, au fur et à mesure de leur mise en œuvre, Permettez à Kidser, par nos partenaires de recherche, pour enregistrer anonymisés données sur l'activité aux fins de l'analyse d'impact et anonymisés rapports aux donateurs?**

**Oui/non**

## Tout autre commentaire pertinent

*(COMMENTAIRE des devrait être limité aux questions de fait plutôt que de renforcer l'opportunité d'un spécialiste Centre d'exploitation pédiatrique. 300 mots restriction)*

Veuillez envoyer ce formulaire à **hello@KidsOR.org** Nous allons accuser réception dans Cinq jour ouvrables. les demandes seront examinées pour l'évaluation de la deuxième étape dans les trois mois suivant la réception.

## Utilisation de bureau uniquement

Application Nombre:

Date d'application reconnue:

Reconnu par:

Date de révision de la progression:

Demandeur informé des résultats: oui/non

Informé par: