

Charte d'engagement de l'établissement

Le présent document confirme la participation de l'établissement :

Madame, Monsieur le Directeur :

Nom de l'établissement :

à l'évaluation « Regards croisés sur la Bienveillance » menée par l'association QualiREL Santé en 2020.

Nom du coordinateur de l'étude	
Mail	
Tél.	

Echelle de l'évaluation : Etablissement Par filière de prise en charge Par service Par unité

Nom(s) filière(s), service(s), unité(s) :


L'établissement participe à l'étude en acceptant les conditions de participation :

- ✓ Désignation au sein de l'établissement d'une personne chargée de la coordination de l'évaluation.
- ✓ Organisation du recueil selon le protocole prédéfini par l'association QualiREL Santé.
- ✓ Respect de la confidentialité des données échangées.

L'association QualiREL Santé s'engage à :

- ✓ Mettre à disposition des établissements le kit «Regards croisés sur la Bienveillance» protocole de l'évaluation, questionnaires, supports de présentation (à reprographier par l'établissement) et plateforme de saisie en ligne (e-FORAP).
- ✓ Respecter la confidentialité des données échangées et des informations auxquelles elle a accès.
- ✓ Analyser les données et rédiger un rapport d'évaluation par établissement via la plateforme e-FORAP.
- ✓ Apporter un soutien méthodologique dans la conduite de projet.

SPECIFIQUE EHPAD : Dans le cadre d'un partenariat avec la Conférence Régionale Santé et Autonomie en Pays de la Loire : J'accepte de participer au tirage au sort pour accueillir un enquêteur auprès des résidents de mon établissement pour les aider à remplir le questionnaire : Oui Non

Le Directeur d'établissement	Date	Coordonnateur Responsable QualiREL Santé N.Terrien	Date
			07/11/2019

Exemplaire 1 : Exemplaire à retourner à QualiREL Santé :

Formulaire à retourner avant le 17 novembre 2019 au :

QualiREL Santé

85, Rue Saint Jacques – 44093 Nantes Cedex 1

✉ contact@qualirelsante.com

02 40 84 69 30

Charte d'engagement de l'établissement

Le présent document confirme la participation de l'établissement :

Madame, Monsieur le Directeur :

Nom de l'établissement :

à l'évaluation « Regards croisés sur la Bienveillance » menée par l'association QualiREL Santé en 2020.

Nom du coordinateur de l'étude	
Mail	
Tél.	

Echelle de l'évaluation : Etablissement Par filière de prise en charge Par service Par unité

Nom(s) filière(s), service(s), unité(s) :


L'établissement participe à l'étude en acceptant les conditions de participation :

- ✓ Désignation au sein de l'établissement d'une personne chargée de la coordination de l'évaluation.
- ✓ Organisation du recueil selon le protocole prédéfini par l'association QualiREL Santé.
- ✓ Respect de la confidentialité des données échangées.

L'association QualiREL Santé s'engage à :

- ✓ Mettre à disposition des établissements le kit «Regards croisés sur la Bienveillance» protocole de l'évaluation, questionnaires, supports de présentation (à reprographier par l'établissement) et plateforme de saisie en ligne (e-FORAP).
- ✓ Respecter la confidentialité des données échangées et des informations auxquelles elle a accès.
- ✓ Analyser les données et rédiger un rapport d'évaluation par établissement via la plateforme e-FORAP.
- ✓ Apporter un soutien méthodologique dans la conduite de projet.

SPECIFIQUE EHPAD : Dans le cadre d'un partenariat avec la Conférence Régionale Santé et Autonomie en Pays de la Loire
: J'accepte de participer au tirage au sort pour accueillir un enquêteur auprès des résidents de mon établissement
pour les aider à remplir le questionnaire : Oui Non

Le Directeur d'établissement	Date	Coordonnateur Responsable QualiREL Santé N.Terrien	Date
			07/11/2019

Exemplaire 2 : Exemplaire à conserver par l'établissement :

Formulaire à retourner avant le 17 novembre 2019 au :

QualiREL Santé

85, Rue Saint Jacques – 44093 Nantes Cedex 1

✉ contact@qualirelsante.com

02 40 84 69 30