**PROCES-VERBAL PILOTE – MEDECINE DE VILLE Vague 2**

*Le procès-verbal pilote fourni ici en exemple contient toutes les informations obligatoires pour le dispositif Ségur. Le fournisseur est libre d’y ajouter des éléments et d’adapter sa mise en forme. Ce document vaut Vérification d’Aptitude (VA) pour le client concerné au guichet de financement.*

Afin de faciliter votre compréhension, les mentions obligatoires sont en **bleu**.

Référence de l’appel à financement : AF-MDV-LGC-Va2

Nature de la prestation – cochez une des deux cases suivantes :

☐ Mise à jour vague 1 + vague 2

☐ Mise à jour vague 2

N° demande de Financement ASP (à renseigner par le Fournisseur de la solution logicielle) : …………………

Date de finalisation de l’installation en environnement de production.....................................................................

N° de bon de commande *(référence Fournisseur à renseigner par le Fournisseur de la solution logicielle)* :…………………

**Fournisseur** *(pourra être renseigné au préalable par le fournisseur)*

Dénomination sociale : ……………………….

N° de SIRET : ……………………….

Nom de la solution référencée installée : ……………………….

N° de référencement de la solution référencée installée : ……………………….

N° de version de la solution logicielle installée : ……………………….

Adresse : ……………………………………………………………….

Responsable de la transaction : …………………………….

Téléphone : ………………………………………………………….

Email : ………………………………………………………………….

**Cabinet individuel ou de groupe :**

**Je soussigné(e),**

Nom du médecin (médecin représentant légal ou mandataire dans le cas d’un cabinet de groupe) : ……………………………………………

RPPS : ……………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………

Code postal : ………………………………………

Ville : ………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………………………………….

* **Reconnais représenter une structure d’exercice coordonnée ou un cabinet de ville pilote et accepte que l'Agence du Numérique en Santé me contacte si nécessaire.**
* **Atteste de la réalisation de la Prestation Ségur, dans les conditions définies par les textes réglementaires du dispositif SONS MDV-LGC-Va2.**
* **Déclare ne pas constater d’anomalies/régressions ou de dysfonctionnements majeurs lors de l’utilisation en situation réelle qui ne permettraient pas à des médecins utilisateurs de cette solution d’être dans des conditions normales d’exploitation.**

Toutes les cases doivent être cochées pour que le PV pilote soit validé :

**1. J'ai constaté que les fonctions clés de la solution sont disponibles et fonctionnement correctement. En particulier (à cocher) :**

* L’authentification à son logiciel de gestion de cabinet (LGC) et aux téléservices assurance maladie (INS, DMP, Ordonnance Numérique) avec Pro Santé Connect (PSC) en utilisant la carte CPS ou la carte e-CPS ;
* La possibilité de connaitre le statut INS des patients et de qualifier l’identité ;

Concernant la messagerie sécurisée de santé, MSSanté ;

* La recherche d’un confrère dans l’annuaire et adressage d’un document par MSSanté professionnel ;
* L’envoi d’un message vers la MSSanté d’un patient ;
* La réception de documents par MSSanté directement par le logiciel et intégration de ces documents dans le logiciel ;

Concernant Mon Espace Santé

* L’envoi de documents produits par le logiciel de gestion de cabinet dans Mon espace santé ;
* La consultation de Mon espace santé depuis le logiciel de gestion de cabinet et la possibilité d’intégrer les documents choisis ;
* La production des documents listés dans les exigences Ségur (Prescriptions, CR médicaux, Courriers médicaux, et pour les médecins traitants : note de vaccination, synthèse médicale, santé de l’enfant) (détail des documents en Annexe) ;
* La gestion du consentement à la consultation de l’espace santé du patient et la non-opposition à l’alimentation ;

Concernant L’ordonnance numérique

* La production et consultation d’ordonnances numériques.

**2. Une formation m'a été proposée** sur les nouvelles fonctionnalités (existence d’un webinaire enregistré et de vidéos sur l’ensemble des nouvelles fonctionnalités).

* Formation complète
* Formation incomplète
* Il ne m’a pas été proposé de formation

Qualité de la formation :

* Excellente
* Bonne
* Correcte
* Mauvaise
* Je n’ai pas été formé(e)

|  |
| --- |
| **Commentaires** (Section où le pilote peut donner ses retours qualitatifs (ergonomie, performance, suggestions d'amélioration, etc.)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Je reconnais que la signature de ce document engage ma responsabilité sur l’exactitude des informations attestées ci-dessus.

Fait à ……………………………, le ……………… Signature du représentant légal du cabinet de ville :

Nom, prénom :

Pour rappel, dans le cas de l’existence d’un contrat de maintenance avec votre éditeur, ce dernier doit vous faire parvenir un avenant au dit contrat afin d’intégrer la maintenance corrective de la version Ségur installée.

ANNEXE / documents

|  |  |
| --- | --- |
| **Profils** | **Document** |
| **Général** | CR d’imagerie médicale |
| **Général** | Prescription de produits de santé |
| **Général** | Prescription d’actes de biologie médicale |
| **Général** | Prescription d’actes de kinésithérapie |
| **Général** | Prescription d’actes infirmiers |
| **Général** | Prescription d’actes de pédicurie |
| **Général** | Prescription d’acte d’orthophonie |
| **Général** | Prescription d’acte d’orthoptie |
| **Général** | CR ou fiche de consultation/visite |
| **Général** | Lettre d'adressage à un confrère |
| **Général** | Demande d'actes d'imagerie |
| **Général** | Certificat, déclaration |
| **Général** | Plan personnalisé de prévention |
| **Suivi de l'enfant** | Projet d'accueil individualisé |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Synthèse Médicale |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Mesures de l’enfant |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | CR d'examen de l'enfant |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Certificat de santé du 9ème mois de l'enfant (CS9) |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Certificat de santé du 24ème mois de l'enfant (CS24) |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Note de vaccination |
| **Structures d’exercice coordonné** | CR de grossesse |
| **Structures d’exercice coordonné** | Bilan bucco-dentaire |
| **Structures d’exercice coordonné** | Bilan par professionnel de santé |
| **Structures d’exercice coordonné** | Carte d'implant |