***Formulaire de demande de labellisation « Centre expert d’accueil et d’accompagnement d’un programme de Bon Usage des Anti-infectieux »***

# PRESENTATION

Centre hospitalier demandeur :

Type d’établissement de santé :

Nombre de lits de MCO :

Tuteur référent : Nom  Prénom

E-mail du tuteur (pour contact) :

Spécialité :

Fonction :

# Critères d‘éligibilités

* Nom des référents membres de votre équipe multidisciplinaire structurée de bon usage des anti-infectieux :
* Infectiologue :
* Pharmacien :
* Microbiologiste :
* Autres :
* Temps dédié à cette activité (0,3ETP/400lits MCO) :
* Année de mise en place du Programme de Bon Usage des Anti-infectieux (3ans)
* Informatisation du dossier médical et des prescriptions médicamenteuses avec connexion informatique entre les prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie :

OUI NON

* Soutien institutionnel du programme de bon usage des antiinfectieux (PBUA) :

OUI NON

# QUEL TYPES DE prestation souhaitez-vous proposer ?

 Observation sur site « Observership » :

 Durée souhaitée/possible (minimum 2j maximum 3jours) :

**Et/ou**

 Tutorat