



RAPPORT D'ACTIVITES DU DISPOSITIF d'HTS EN EHPAD

Emetteur / Rédacteur :		Date de création :
Approbation :		Dernière mise à jour :
Identité de l'EHPAD	Nom de l'EHPAD : _____	
	Numéro FINESS : _____	
Identité de la personne référente à l'EHPAD chargée du suivi du dispositif HTS	Nom : _____	Prénom : _____
	Fonction : _____	
	Courriel : _____	Téléphone : _____
Suivi de l'Activité Annuelle du dispositif HTS		
	Nombre de demandes d'HTS	
	Nombre de demande d'HTS Soirs/ Jours Fériés/ Week-end	
	Signataire du certificat médical d'admissibilité en HTS N°1 (Profil/ Nombre / Taux en %) (Profil du prescripteur N°1)	
	Signataire du certificat médical d'admissibilité en HTS N°1 (Nombre / Taux en %) (Profil du prescripteur N°2)	
	Signataire du certificat médical d'admissibilité en HTS N°1 (Nombre / Taux en %) (Profil du prescripteur N°3)	
	Délai moyen de transmission des demandes d'HTS (+ valeurs extrêmes : min/max) (date du certificat médical d'admissibilité en HTS / date de réception de la demande par l'EHPAD)	
	Délai moyen de réponse de l'EHPAD aux demandeurs d'HTS (+ valeurs extrêmes : min/max) (date de réception de la demande / date de l'admission ou de réponse)	
	Nombre de refus d'admission (Préciser les motifs)	
	Nombre de personnes accueillies (quelle que soit la durée du séjour)	
	Motif d'entrée en HTS N°1 (Nombre / Taux en %)	
	Motif d'entrée en HTS N°2 (Nombre / Taux en %)	
	Motif d'entrée en HTS N°3 (Nombre / Taux en %)	
	Age moyen des personnes accueillies	
	Nombre personnes accueillies en HTS / GIR 1-2	
	Nombre personnes accueillies en HTS / GIR 3-4	
	Nombre personnes accueillies en HTS / GIR 5-6	
	Nombre d'EGS effectuées	
	Nombre d'ouverture de droits pendant le séjour HTS	
	Nombre de recours à un avis médical urgent lors du séjour	
	Nombre Hospitalisation	
	Nombre de Décès	
	Durée moyenne de séjour en HTS	
	Motif de sorties en HTS N° 1 (Nombre / Taux en %)	

Motif de sorties en HTS N°3 (Nombre / Taux en %)	
Motif de sorties en HTS N° 3 (Nombre / Taux en %)	
Nombre de Retour à Domicile (RAD)	
Nombre d'entrée en Hébergement Permanent (HP)	
Nombre Hospitalisation pendant le séjour (dont ré-hospitalisations et nombre de jours)	
Nombre de Décès (dont nombre de décès survenus hors EHPAD)	
<p style="text-align: center;"><u>Observations</u></p> <p>Parcours complexes & Profils des personnes accueillies (stabilité médicale, difficultés sociales, retour ou maintien à domicile impossible, perte d'autonomie, troubles cognitifs sévères, isolement sociale, domicile dangereux ou insalubre ... etc)</p> <p>Modalités d'entrée et de sorties du dispositif HTS (sécurisation du domicile, accueil familial, accueil chez un proche, mise à l'abri, situation de crise sanitaire ... etc)</p> <p>Bénéfices secondaires de l'HTS (médicaux, médico-sociaux, sociaux)</p>	

Le rapport concernant l'activité N-1 de l'HTS devra être envoyé chaque année avant le 31 mars de l'année N.

Cette maquette pourra être ajustée à l'occasion d'un groupe de travail restreint avec des représentants des directeurs d'EHPAD, de l'Agence de Santé, du Conseil Départemental, du DAC, du CCAS.

ANNEXE 5 BIS.1 : EVALUATION EX-ANTE DU DISPOSITIF (TABLEAU A RENSEIGNER PAR L' EHPAD ENTRANT DANS LE DISPOSITIF HTS)

DONNEES GLOBALES ETABLISSEMENT : -----

Nombre de places d'HT autorisées et installées : Nombre de places d'HP autorisées et installées :

Période	Nombre total de personnes accueillies en HT classique (le cas échéant)	Nombre de séjours d'HT	Nombre moyen de jours d'HT par séjour	Nombre de transferts aux urgences ou hospitalisations non programmées (HT et HP)	Nombre de jours d'hospitalisation non programmées (HT et HP)	Nombre total de décès (HT et HP)
Semestre 1 - 2019						
Semestre 2 - 2019						
Semestre 1 - 2020						
Semestre 2 - 2020						
Semestre 1 - 2021						
Semestre 2 - 2021						
Semestre 1 - 2022						
Semestre 2 - 2022						
Semestre 1 - 2023						
Semestre N : renseigner jusqu'à mise en oeuvre du dispositif						

