

DOSSIER DE CANDIDATURE PATIENT PARTENAIRE

Le Centre Hospitalier de la Dracénie développe une démarche de partenariat avec les patients afin d'intégrer leur expérience dans l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de l'expérience patient.

Le patient partenaire met à disposition son savoir expérientiel au service des équipes, des patients et de l'établissement. Il contribue à des projets institutionnels visant à améliorer l'accueil, l'information, les parcours de soins et les organisations.

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Quelle est votre situation ?

☐ Patient du CHD

☐ Ancien patient du CHD

☐ Proche aidant

☐ Membre d'une association d'usagers

☐ Autre : _____

2. VOTRE PARCOURS

Pouvez-vous présenter brièvement votre parcours de soins ou votre expérience en tant que patient ?

Quels enseignements ou expériences souhaiteriez-vous partager ?

3. VOTRE MOTIVATION

Pourquoi souhaitez-vous devenir patient partenaire au CHD ?

Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir développées au sein de l'établissement ?

4. EXPÉRIENCE ASSOCIATIVE OU PARTICIPATIVE

Avez-vous déjà participé à :

Activité	oui	non
Association de patients	☐	☐
Représentation des usagers	☐	☐
Éducation thérapeutique du patient	☐	☐
Groupe qualité ou expérience patient	☐	☐
Action de bénévolat	☐	☐
Comité ou groupe de travail	☐	☐

Précisions

5. COMPÉTENCES ET CENTRES D'INTÉRÊT

Selon vous, quelles qualités pouvez-vous apporter au dispositif ?

- ☐ Écoute
- ☐ Travail en équipe
- ☐ Communication
- ☐ Analyse
- ☐ Animation
- ☐ Prise de recul
- ☐ Sens de l'intérêt collectif
- ☐ Capacités rédactionnelles
- ☐ Respect de la confidentialité
- ☐ Autre :

6. FORMATION

Avez-vous bénéficié d'une formation dans les domaines suivants ?

Domaine	oui	non
Partenariat en santé	☐	☐
Éducation thérapeutique	☐	☐
Démocratie en santé	☐	☐
Pair-aidance	☐	☐
Représentation des usagers	☐	☐

Si oui, merci de préciser :

7. DISPONIBILITÉS

Modalités d'intervention souhaitées

- ☐ Présentiel
- ☐ Distanciel
- ☐ Les deux

Disponibilités

- ☐ Ponctuelles
- ☐ Quelques réunions par an
- ☐ Participation régulière

Commentaires :

8. ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

certifie l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier.

Je déclare avoir pris connaissance de la Charte du Patient Partenaire du Centre Hospitalier de la Dracénie et m'engage à respecter les principes qui y sont énoncés.

Fait à : _____

Le :/...../.....

Signature

Pièces à joindre

- ☐ Copie des attestations de formation éventuelles
- ☐ Justificatifs d'engagement associatif (le cas échéant)
- ☐ Tout document utile à l'instruction de la candidature