**Programme de coopération**

*Nom de l’hôpital* *Indiquer le nom complet de l’hôpital*

*Site* *Indiquer, le cas échéant, le site par le biais duquel l’hôpital agit*

*Rue* *Indiquer la rue et le numéro*

*NPA et localité* *Indiquer le NPA et la localité*

*(ci-après hôpital A)*

portant sur la

coopération dans les domaines de prestations suivants :

*(Indiquer tous les domaines de prestations concernés,*

*comme la gastroentérologie, par ex.)*

# But

Le présent programme de coopération (programme) a pour but de permettre la réalisation du mandat de prestation énoncé ci-dessous en mettant en place la coopération nécessaire à cette fin, conformément aux prescriptions du canton de Berne*. (le cas échéant, les mandats de prestations énoncés ci-dessous)*

# Processus de traitement et collaboration

L’**hôpital A** dispose du mandat de prestations *Désignation du mandat de prestations (GAE1 Gastroentérologie, par ex.),*qui figure dans la classification GPPH en soins aigus somatiques du canton de Berne (version 2017).

Pour remplir ce mandat, l’hôpital A doit mettre en place une coopération avec un hôpital répertorié (hôpital B), qui dispose du mandat de prestations *Désignation du mandat de prestations (VIS1 Chirurgie viscérale, par ex.)*.

## Prestations médicales

*Définition de la nature et de l’étendue des prestations.*

## Responsabilité médicale

La responsabilité médicale incombe à la spécialiste ou au spécialiste responsable du cas ou à l’hôpital responsable du cas.

## Autres obligations

1 L’hôpital B invité à coopérer avec l’hôpital A exécute le mandat de prestations lui-même*.*

2 Il remplit le mandat dans le respect des directives des sociétés médicales et en tenant compte des derniers progrès de la médecine. *Indiquer précisément ces directives le cas échéant [Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland (niveaux IIa, IIb et III), par ex.]*

*3*  *Le cas échéant, indiquer d’autres obligations*

## Documentation et échange d’informations

1 Il incombe à la ou au spécialiste responsable du cas de tenir les dossiers médicaux.

2 En vertu du présent programme, les parties échangent en temps voulu les dossiers médicaux nécessaires au traitement des patientes et des patients concernés. Elles s’accordent réciproquement le droit de consulter sans restriction le dossier de la patiente ou du patient, à la demande de la partie qui en a besoin.

3 Pour toutes les questions ayant trait à l’exécution du mandat de prestations *le cas échéant, des mandats de prestations*, l’hôpital A et l’hôpital B peuvent s’adresser aux personnes de référence désignées au point 3 du présent programme.

## Protection des données

Les hôpitaux A et B sont tenus au devoir de discrétion concernant l’ensemble des faits dont ils prennent connaissance dans le cadre du présent programme et qui, de par leur nature ou en vertu d’une disposition spéciale, sont confidentiels. Cette obligation persiste après la fin de la coopération. Tant l’hôpital A que l’hôpital B respectent les dispositions de la protection des données lors du traitement de données personnelles.Selon la nature des données traitées, il sera nécessaire de formuler ce point de façon plus précise ou plus détaillée.

1. **Personnes de référence**

Les parties désignent responsables de la coopération les personnes suivantes :

*Il est possible de désigner ici plusieurs personnes. Il faut, pour chacune d’entre elles, indiquer toutes les données requises.*

**Hôpital A**

Nom de la spécialiste ou du spécialiste : *Prénom et nom de la spécialiste ou du spécialiste*

Titre : *Indiquer le titre complet*

Fonction : *Fonction au sein de l’hôpital*

Tél. : *Le cas échéant, indiquer aussi le numéro du central téléphonique*

Courriel : *Indiquer les heures auxquelles l’interlocutrice ou l’interlocuteur peut être joint par courriel, ainsi que, le cas échéant, la remplaçante ou le remplaçant en cas d’absence*

**Hôpital B**

L’hôpital répertorié figurant ci-dessous est le partenaire préférentiel pour l’exécution du présent programme, même si le souhait de la patiente ou du patient prime.

Hôpital B : *Désignation de l’hôpital B*

Site de l’hôpital : *Si nécessaire, désignation du site de l’hôpital*

Nom de la spécialiste ou du spécialiste : *Prénom et nom de la spécialiste ou du spécialiste*

Titre : *Indiquer le titre complet*

Fonction : *Fonction au sein de l’hôpital*

Tél. : *Le cas échéant, indiquer aussi le numéro du central téléphonique*

Courriel : *Indiquer les heures auxquelles l’interlocutrice ou l’interlocuteur peut être joint par courriel, ainsi que, le cas échéant, la remplaçante ou le remplaçant en cas d’absence*

Disponibilité : *3 jours par semaine, par ex.*

## Facturation

La facturation des prestations incombe à l’hôpital responsable du cas.

1. Dispositions finales

**Durée de la coopération**

1 La durée du présent programme est indéterminée.

2 L’hôpital A peut mettre fin à la coopération avec l’hôpital B. Dans ce cas, il lui donne un préavis écrit de six mois.

Lieu et date

|  |  |
| --- | --- |
| **Hôpital A :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom et titre | **Hôpital A :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom et titre |

En double exemplaires