**Structure : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nom, prénom et fonction du référent :**

**Fonction des personnes engagées dans l’action**(si plusieurs participants avec une même fonction préciser le nombre) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Thématique de l’action**

 Repérer les troubles de la déglutition [ ]

 Communiquer / Tracer les troubles de la déglutition [ ]

 Adapter la prise médicamenteuse [ ]

1. **Description synthétique de l’action mise en place**
2. **Difficultés rencontrées**

|  |
| --- |
|  |

1. **Eléments facilitateurs**

|  |
| --- |
|  |

1. **Effets observés**

|  |
| --- |
| :  |

1. **Perspectives :** Autres actions envisagées et/ou modifications /développement de l’action en cours.

|  |
| --- |
| :  |

1. **Création d’outils / supports**

 Avez-vous créé des outils ou supports dans le cadre de votre action ? Oui [ ]  Non [ ]

 Si oui, pouvez-vous nous les transmettre ? Oui [ ]  Non [ ]

1. **Communication**

Accepteriez-vous d’être contacté par un membre de l’équipe OMEDIT/STARAQS ? Oui [ ]  Non [ ]

 Accepteriez-vous de communiquer vos supports aux autres participants ? Oui [ ]  Non [ ]

 Accepteriez-vous d’être contacté d’autres participants ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui à l’une des trois questions, coordonnées de la personne à contacter :

Nom : Fonction :

Tel : Mail :

1. **Autres commentaires et propositions :**

**Merci de renvoyer cette Fiche action par mail avec vos supports éventuels outils à l’adresse :**

**omedit.idf@aphp.fr**

**Date limite d’envoi : 23 juin 2022**

**Merci pour votre participation**