



Demande de mise en œuvre d'un ESPACE COLLABORATIF Expression de besoins

Cadre réservé à Télésanté Pays de la Loire

Date de la demande : / /2010

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de la communauté* :

Type de structure de portage du projet :

Promoteur :

Type de financement :

Adresse :

Nom du coordinateur :

Contact pour ce projet :

→ Nom :

→ Mail :

→ Téléphone :

B. ACTIVITÉ

→ Rappel des objectifs poursuivis par votre communauté :



Demande de mise en œuvre d'un ESPACE COLLABORATIF Expression de besoins

→ Zone géographique couverte (bassin de vie, territoire, régional, national, ...) :

→ Population cible :

→ Nombre de professionnels membres de la communauté :



Demande de mise en œuvre d'un ESPACE COLLABORATIF Expression de besoins

C. VOTRE SYSTÈME D'INFORMATION DE SANTÉ ACTUEL

→ Disposez-vous déjà d'outils de travail collaboratifs ? OUI NON

→ Si oui, de quels éléments est-il composé ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Espace de partage de documents
- Agenda partagé
- Outil de sondage
- Forums de discussion publics
- Forums de discussion sécurisés
- Listes de diffusion publiques
- Listes de diffusion sécurisées
- Autre (*précisez*) : .

.....
.....

D. Vos BESOINS

→ S'agissant de vos outils de travail collaboratif, décrivez vos besoins aussi précisément que possible (problématique, volume d'information, objectifs opérationnels, bénéfices attendus, etc.) :



Demande de mise en œuvre d'un ESPACE COLLABORATIF Expression de besoins

→ Quels outils de travail collaboratif proposés par la plateforme Télésanté Pays de la Loire vous paraissent répondre le mieux à ces besoins ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Espace de partage de documents
- Agenda partagé
- Outil de sondage
- Forums de discussion sécurisés
- Listes de diffusion sécurisées
- Pages internet publiques

→ Dans la mesure du possible, auquel de ces services souhaiteriez-vous donner la priorité ? (*une seule réponse possible*) :

E. COORDINATION

→ Précisez les noms et coordonnées (téléphone et mail) de vos ressources internes disponibles pour mener à bien le projet :

Gestion du projet :

Conception :

Suivi fonctionnel :

Promotion et déploiement :



Demande de mise en œuvre de service(s) sécurisé(s) Expression de besoins

E. REMARQUES OU QUESTIONS ÉVENTUELLES

Merci de retourner cette fiche complétée :

- par mail à webmaster@telesante-paysdelaloire.fr
- par fax au 02.40.89.53.89
- ou par courrier à Télésanté Pays de la Loire :

GIE Télésanté des Pays de la Loire
16, rue du Puits d'argent
44000 NANTES

Contact :

Anne Le Pennec – anne.lepennec@planet-sante.com – 02.40.48.04.50