



BUREAU
VERITAS

Labellisation selon le Référentiel QUALIPSAD

DOSSIER DE RECEVABILITE

Ce document est à compléter si votre projet concerne une demande de labellisation selon le référentiel QUALIPSAD de votre structure.

En complément des renseignements généraux sur votre entreprise, ce document a pour objectif de s'assurer que les pré-requis à la labellisation sont bien remplis. A l'issue de l'étude des renseignements et documents transmis, Bureau Veritas Certification Seule la première page du document « Informations relatives à l'entreprise – IRE » peut-être renseignée si la présente annexe, spécifique à votre demande, est jointe complétée.

NOM DE VOTRE ENTREPRISE :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES RELATIVES A VOTRE ACTIVITE

1 –VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE ADHERENTE :

DU SYNALAM OUI NON

DU SYNAPSAD OUI NON

DE L'UNPDM OUI NON

DE L'UPSADI OUI NON

Autres
précisez :.....

2 - VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE SIGNATAIRE DE

la charte de la personne prise en charge par un prestataire de sante a domicile* ?

Date de signature :.....

ou d'un autre engagement ?

précisez :.....

* ce critère n'est pas éliminatoire.

3 - QUELLES SONT LES PRESTATIONS REALISEES PAR VOTRE ENTREPRISE CONCERNEES PAR LA LABELLISATION ?

MAD – maintien à domicile

NPI – nutrition / perfusion / insulinothérapie

Dispensation d'oxygène médical

Autres prestations dans le domaine respiratoire (ventilation, apnée du sommeil ...)

autres (précisez) :

.....



4 - VOTRE ENTREPRISE REALISE-T-ELLE SES PRESTATIONS ?

- au niveau local
 au niveau régional
 au niveau national

Précisez l'organisation fonctionnelle et hiérarchique (nombre de régions, de directeurs régionaux, niveaux intermédiaires, nombre d'agences, répartition des effectifs par agence, prestations supports réalisées par la siège, les directions régionales.....)

Joindre tout document permettant de décrire l'organisation des activités de votre entreprise

Nombre de salariés :

Nombre de sites et adresses si multisites :

5 - VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE DEJA ENGAGEE DANS UNE AUTRE CERTIFICATION ?

- OUI NON

Si oui précisez : (Par exemple : ISO, Handéo ...) :

6 – LE PERIMETRE DE LABELLISATION CONCERNE-T-IL DES STRUCTURES FRANCHISES ?



OUI NON

SI OUI

- 1 - Le système de management est-il défini et piloté par le franchiseur Oui Non
- 2 - Le système de management est-il le même pour les sites propres au franchiseur que pour les franchisés ? Oui Non
- 2 – Le système documentaire utilisé est-il identique pour tous (sites propres au franchiseur et franchisés) ? Oui Non
- 3 – Les activités réalisées par les franchisés sont-elles toutes définies par le système de management défini par le franchiseur ? Oui Non
- 4 - Tous les sites (franchiseur et franchisés) sont-ils soumis à des audits internes et les résultats sont-ils consolidés ? Oui Non
- 5 - Les activités suivantes relatives à l'organisation sont-elles centralisées et contrôlées par le franchiseur :
- 5.1 Traitement des réclamations Oui Non
 - 5.2 Revue de direction Oui Non
 - 5.3 Evaluation des mesures correctives Oui Non
 - 5.4 Planification des audits internes et évaluation des résultats. Oui Non
- 6 - Tous les sites concernés par la labellisation sont-ils liés à l'entité centrale par un lien juridique ou contractuel ? Oui Non

7 - VOTRE ENTREPRISE DISPOSE-T-ELLE D'UN AGREMENT POUR LES VPH (véhicules pour personnes handicapées) ?

OUI NON

8 – VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE A JOUR DANS LA REALISATION DES CONTROLES REGLEMENTAIRES DE SES LOCAUX (vérification des installations électriques, des dispositifs de lutte contre les incendies....) ?

Merci de compléter le document en annexe.

9 - VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE EU UN CONTROLE DE L'ASSURANCE MALADIE CES 5 DERNIERES ANNEES ?

OUI NON

POUR LES ENTREPRISES REALISANT UNE ACTIVITE DE DISPENSATION DE L'OXYGENE MEDICAL
10 – VOTRE ENTREPRISE DISPOSE-T-ELLE D'UNE AUTORISATION ARS POUR LE STOCKAGE ET/OU LA DISPENSATION DE L'OXYGENE MEDICAL ?

OUI NON

Si oui, merci de joindre la copie de votre(vos) autorisation(s)



11 - COORDONNEES DE LA PERSONNE EN CHARGE DU SUIVI DE LA DEMARCHE DE LABELLISATION :

Nom : Prénom :

Fonction :

Tél. direct :

Email :

Ce document a été rempli par :

Le

Merci de retourner ce document Par mail/ courrier ou fax à :

Bureau Veritas Certification

A l'attention de Martine DASSIER
19, rue des Rosiéristes – TSA 30110
69544 CHAMPAGNE AU MONT D'OR CEDEX
Tél. : 04 72 52 48 88/ Fax : 04.78.66.82.65
martine.dassier@bureauveritas.com



**ANNEXE
AU DOSSIER DE RECEVABILITE DE LABELLISATION QUALIPSAD**

Déclaration des vérifications périodiques réglementaires :

	Périodicité réglementaire	Vérification réalisée sur l'ensemble des sites du PSAD	Non applicable sur l'ensemble des sites du PSAD	Organisme (si réalisé en interne, mentionnez interne) et date de la dernière vérification
Installations électriques				
Installations électriques (CT art. R.4226-16à19 et A. du 26/12/11)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incendie				
- Installations de désenfumage (art.DF10A. 25/06/80 modifié)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Moyens d'extinction et de secours (CT art. R. 4227-39)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Système d'extinction automatique à eau de type sprinkleur (art.MS73 A. 26/06/80 modifié)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Installations de chauffage, ventilation, réfrigération, climatisation et conditionnement d'air et installations d'eau chaude sanitaire (art.CH58A. 25/06/20 modifié)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Appareils et installations utilisant des gaz combustibles (Art. GZ30A 25/06/80 modifié)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Installations fixes de gaz médicaux (art. U64 A. 10/12/04)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ascenseurs-Monte-charges – Portes et portails				
Contrôle technique des ascenseurs (D.2004-964 09/09/04 modifié)	Tous les 5 ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vérifications périodiques (ascenseurs, monte-charges et équipement assimilés) (CT art.R.4323-23àR.4323-27 – A. 29/12/10)	Tous les ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portes et portails automatiques et semi-automatiques (CT art. R.4224-12 et R.4224-13 – A. 21/12/93)	Tous les 6 mois	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipement sous pression de gaz				



BUREAU
VERITAS

	Périodicité réglementaire	Vérification réalisée sur l'ensemble des sites du PSAD	Non applicable sur l'ensemble des sites du PSAD	Organisme (si réalisé en interne, mentionner interne) et date de la dernière vérification
2315-91 à L. 2315-96, R. 2312-2 à R. 2312-4 du code du travail art. L4614-14 à L4614-15	mandat, consécutives ou non rapport annuel			
Substances dangereuses				
Transports de matières dangereuses (A. 01/06/01 – A. 29/05/09)	initiale			

CT = Code du travail / A. = arrêté / D. = décret)

Le renseignement et la conformité déclarée à cette annexe vaut engagement de la direction de l'entreprise pour l'ensemble des sites de l'entreprise