|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Porteur du projet** | Nom / Prénom |  |
| Etablissement / Service |  |
| Profession |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre du projet** |  | |
| Qui serait le pilote du projet ? |  | |
| Ce projet serait-il réalisable : | A court terme | A moyen / long terme  Le cas échéant, sous quel délai ? |
| En quoi consiste l’idée / l’action *(10 à 15 lignes)* |  | |
| Sur quels éléments des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de la HAS vous êtes-vous appuyé(s) ? |  | |
| Quels sont les objectifs ? |  | |
| Y-a-t-il des moyens spécifiques nécessaires au bon déroulement de l’action ? Si oui, quels sont-ils ? |  | |
| Quels seraient les coûts ? |  | |
| L’action nécessite -t-elle des partenariats ? Si oui, lesquels ? |  | |