



FICHE D'IDENTIFICATION DES PATIENTS PRIORITAIRES SANS MEDECIN TRAITANT

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de l'Est Orléanais est une association loi 1901 dont les missions sont d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire ainsi que de renforcer l'interconnaissance entre les professionnels de santé libéraux. Dans un contexte de désertification médicale, cette fiche a pour but d'identifier et de quantifier sur notre territoire*, le nombre de patients, de +70 ans et/ou en ALD ou bénéficiant de la C2S, sans médecin traitant. L'objectif étant de réduire cette proportion et d'améliorer la qualité de la prise en charge. Nous ne pouvons cependant garantir que tous les patients pourront bénéficier d'un médecin traitant. Ces données seront traitées par la coordinatrice de la CPTS de l'Est Orléanais.

Les Pharmaciens, les Infirmiers, les Kinésithérapeutes, les EHPAD et le personnel des Mairies ont été identifiés comme acteurs incontournables dans ce recensement de par leur proximité avec les patients ne pouvant bénéficier d'un accès aux soins. Aussi nous vous serions reconnaissant, lorsque vous rencontrez un patient, demeurant sur le territoire*, de +70 ans et/ou en ALD ou bénéficiant de la C2S, sans médecin traitant, de bien vouloir remplir ce formulaire et nous le retourner à patientsansmedecin.cptseo@gmail.com

Professionnel déclarant :

Nom, Prénom :

Profession :

Commune d'exercice :

Patient concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

âge :

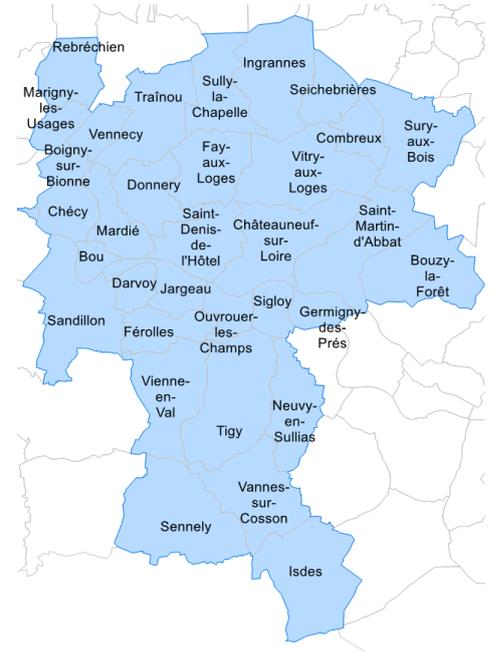
Adresse :

Commune :

Code postal :

Numéro de téléphone :

*Territoire CPTS Est Orléanais



Affection longue durée : Oui Non

Situation précaire : Âgé de plus de 70 ans C2S

Contexte familial : Seul(e) En concubinage
 Domicile Institution Autre (à préciser) :

Téléconsultation envisageable : Oui Non

Motif de l'absence de médecin traitant :

Déménagement Départ en retraite du médecin Décès du médecin Autre

Nom et commune du dernier médecin traitant ou du médecin consulté régulièrement :

Le patient possède-t-il son dossier médical ? Oui Non

Informations complémentaires :

Je certifie que le patient concerné m'a donné son accord afin de transmettre ces informations à la CPTS de l'Est Orléanais

Fait à _____, le _____

Signature :