

Projet de la CPTS

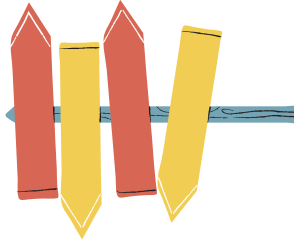
- Accès aux soins
- Parcours pluriprofessionnel du patient
- Prévention
- Coordination interprofessionnelle
- Gestion des crises sanitaires

Accédez au site internet en scannant le QR code



Services seniors

Rezé : 02 51 72 71 20
 Vertou : 02 51 71 05 05
 St Sébastien sur Loire (CCAS) : 02 40 80 85 80
 Basse Goulaine : 02 40 13 51 76
 Les Sorinières : 02 40 13 00 05



CLIC

CLIC Ville village : 02 28 01 82 24 (Vertou - Basse Goulaine - St Sébastien)
 CLIC Rezé Les Sorinières : 02 51 82 58 10

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier pluriprofessionnel du patient

Prénom

.....

Nom

.....



Personne à prévenir

.....

.....

.....



CPTS
 Sèvre & Loire
 Communauté Professionnelle
 Territoriale de Santé

- 720 professionnels de santé
- 5 communes
- 115 000 habitants
- 1 projet de santé co-construit
- 5 orientations principales

La CPTS Sèvre et Loire est une association regroupant les professionnels de santé du territoire métropolitain du Sud Loire. Soutenus par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les professionnels de santé ont décidé de se réunir pour mener des projets communs.

Mon équipe de professionnels



Nom Prénom

- Médecin traitant
- Pharmacie
- Infirmier-ère
- Masseur Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Podologue
-
-
-

- SSIAD
- SAAD
- Tuteur/curateur
- Assistante sociale
- CLIC
- DAC
-
-
-

SSIAD : Service de Soins infirmiers à Domicile
SAAD : Service d'Aide à Domicile
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination



La démarche

Ce livret pluriprofessionnel est né de la rencontre des professionnels de santé avec les professionnels médico-sociaux. Afin de servir au mieux les intérêts du patient, les professionnels souhaitent avoir plus de liens entre eux.



A cet effet, cette plaquette centralise l'ensemble des contacts des professionnels agissant autour d'un patient.

Le consentement

LE PATIENT

Je, soussigné M. ou Mme atteste avoir reçu l'ensemble des informations liées à l'utilisation de ce document. Je suis d'accord pour transmettre mes coordonnées à l'ensemble de l'équipe de professionnels.

LA PERSONNE A PREVENIR

Je, soussigné M. ou Mme atteste avoir reçu l'ensemble des informations liées à l'utilisation de ce document. Je suis d'accord pour transmettre mes coordonnées à l'ensemble de l'équipe de professionnels.

Signatures

PATIENT(E)

PERSONNE À PRÉVENIR

