MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Personne à prévenir :.....

.....

Personne de confiance : .....

.....

Allergie : .....

.....

Mon hôpital de référence :

.....

MES SPECIALISTES

Mon cardiologue :

.....

.....

Mon diabétologue :

.....

.....

Mon pneumologue :

.....

.....

Mon psychiatre :

.....

.....

Autre :

.....

.....

MES SOIGNANTS

Mon médecin traitant:

.....

.....

Mon infirmier libéral
ou Soins infirmiers à Domicile (SSIAD) :

.....

.....

Mon pharmacien :

.....

.....

Mon kinésithérapeute :

.....

.....

Mon service d'aide à domicile :

.....

.....

QU'EST CE QU'UNE CPTS ?

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé rassemble les professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé commun, visant à améliorer les parcours de soins.

INFORMATIONS LEGALES

Libre choix de praticien

En vertu de l'article L1110-8 du Code de la Santé Publique, vous conservez la liberté de choisir vos professionnels de santé.

Modification

Cette carte de coordination vous appartient et peut être modifiée à tout moment selon vos souhaits.

CPTS Sénart
contact@cpts-senart.fr

LA CARTE DE COORDINATION

Créé par vos professionnels de santé, cette carte de coordination est destinée à faciliter le lien entre vos soignants dans le but d'améliorer votre prise en charge en cas d'hospitalisation.

Qui est concerné ?

Les patients de plus de 60 ans, vivant à domicile.

Comment l'utiliser ?

Remplissez les informations au recto.
Apposez le sticker sur votre carte vitale pour signaler sa présence.
Informez vos intervenants de son existence.

En cas d'hospitalisation :

Présentez votre carte à l'équipe hospitalière pour transmettre les coordonnées de votre équipe de soins de ville.

A votre sortie d'hospitalisation :

Récupérez votre carte accompagnée de vos ordonnances de sortie, de vos résultats d'examens et de votre compte rendu d'hospitalisation. Informez vos soignants de ville de votre retour à domicile.

CPTS Sénart

CARTE DE CPTS Seine & Marne COORDINATION

MA CARTE DE COORDINATION

Ville - Hôpital - Ville

MON IDENTITÉ

Nom :.....

Nom de naissance :.....

Prénom :.....

Date de naissance : ..... /...../.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....