

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé regroupe les professionnels d'un même territoire qui s'organisent autour d'un projet de santé commun.

Un collectif au service de la population

Vos professionnels de santé se mobilisent pour développer une offre de soins coordonnée pour les personnes de plus de 60 ans sur les communes de Marne et Gondoire.

L'objectif est de fluidifier le circuit de l'information entre la ville et l'hôpital, et d'optimiser votre prise en charge tout au long de votre parcours de santé.

Contact

CPTS Liens Santé 77
Pôle Médical Marne-la Vallée
1 cours de la Gondoire
77600 Jossigny

cpts@liens-sante77.fr

LA CARTE DE COORDINATION

Qui est concerné ?

- Les personnes de plus de 60 ans,
- Vivant à domicile

Comment l'utiliser ?

- Complétez les informations au recto,
- Signez le recueil de consentement,
- Prévenez vos intervenants de son existence.

En cas d'hospitalisation

Prenez votre carte et présentez-la à l'équipe hospitalière.

À votre sortie d'hospitalisation

Récupérez votre carte avec vos ordonnances et votre compte-rendu d'hospitalisation.



MA CARTE DE COORDINATION

Ville-Hôpital-Ville

Créée par vos professionnels de santé, cette carte de coordination est destinée à faciliter les liens entre vous et vos soignants car elle identifie votre équipe de soins en cas d'hospitalisation.

MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Mon médecin Traitant

Tél : MSSanté

Mon infirmier ou Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Tél : MSSanté

Mon Pharmacien

Tél : MSSanté

Mon Kiné

Tél :

Mon service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Tél :

Autres

Tél :

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM D'USAGE

NOM Patronymique

Prénom.....

Date de naissance : / /

Personne à prévenir :

Tél :

Personne de confiance :

Tél :

Autres Infos importantes

.....
.....
.....

Groupe Sanguin :

Mon Espace Santé (DMP) ouvert opposé

MON CONSENTEMENT

Suite aux informations données sur l'objectif et l'intérêt de cette expérimentation, je* donne mon consentement libre et éclairé pour y participer. Je peux me retirer à tout moment par simple courrier remis à mon professionnel de santé.

Contact: cpts@liens-sante77.fr

J'autorise la CPTS Liens Santé ainsi que tous les professionnels concernés par ma prise en charge à traiter et à partager mes données personnelles dans le cadre de cette expérimentation. J'ai été informé de mon droit de rectifier, compléter, actualiser ou effacer les informations me concernant.

NOM Prénom :

.....

Date : / /

Signature :

*"Je" désigne le patient, la personne de confiance ou tout tiers habilité. La CPTS Liens Santé 77 s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ainsi que la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.