

Cadre réservé PTA

Receveur : \_\_\_\_\_ Date de la sollicitation : \_\_\_\_\_

Canal de la sollicitation : \_\_\_\_\_

Cadre réservé PTA

**TYPE DE SOLLICITATION :**

Mission 1 : Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire

Mission 2 : Appui à l'organisation des parcours complexes

Accord patient et Accord pour partage des données, recueilli par : \_\_\_\_\_  Accord MT, le : \_\_\_\_\_

Mission 3 : Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

**STATUT :**

Statut de la demande :  En cours  En suspens, le : \_\_\_\_\_  Clôturée, le : \_\_\_\_\_

**INFORMATION DEMANDEUR :**

Avez-vous déjà contacté la PTA ? Oui / Non      Comment avez-vous connu la PTA ? .....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Avez-vous une messagerie sécurisée ?      oui / non

Adresse :  
\_\_\_\_\_

Type de demandeur :  Patient/usager  Professionnel

Professionnel en lien avec le MT \* :  Oui  Non      Nom du MT : \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \* :  Sanitaire  Médico-Social  Social  Autre : \_\_\_\_\_

Profession \* :  Médecin traitant  Autre médecin  Infirmier  Autre prof. paramédical

ASS  Autre travailleur social  Autre : \_\_\_\_\_

Lieu/Type d'exercice \* :  MSP  Cab. lib.  Autre activité lib.  ES<sup>1</sup> (Hôp/Clin.)  ESMS<sup>2</sup>

Service de l'action sociale (MSD/CCAS)  MDPH  Autre établissement : \_\_\_\_\_

**INFORMATION EN LIEN AVEC LE PATIENT :**

**Identité du patient :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_ ans Tél du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : .....

**Nom du Médecin traitant :**

**Tél :**

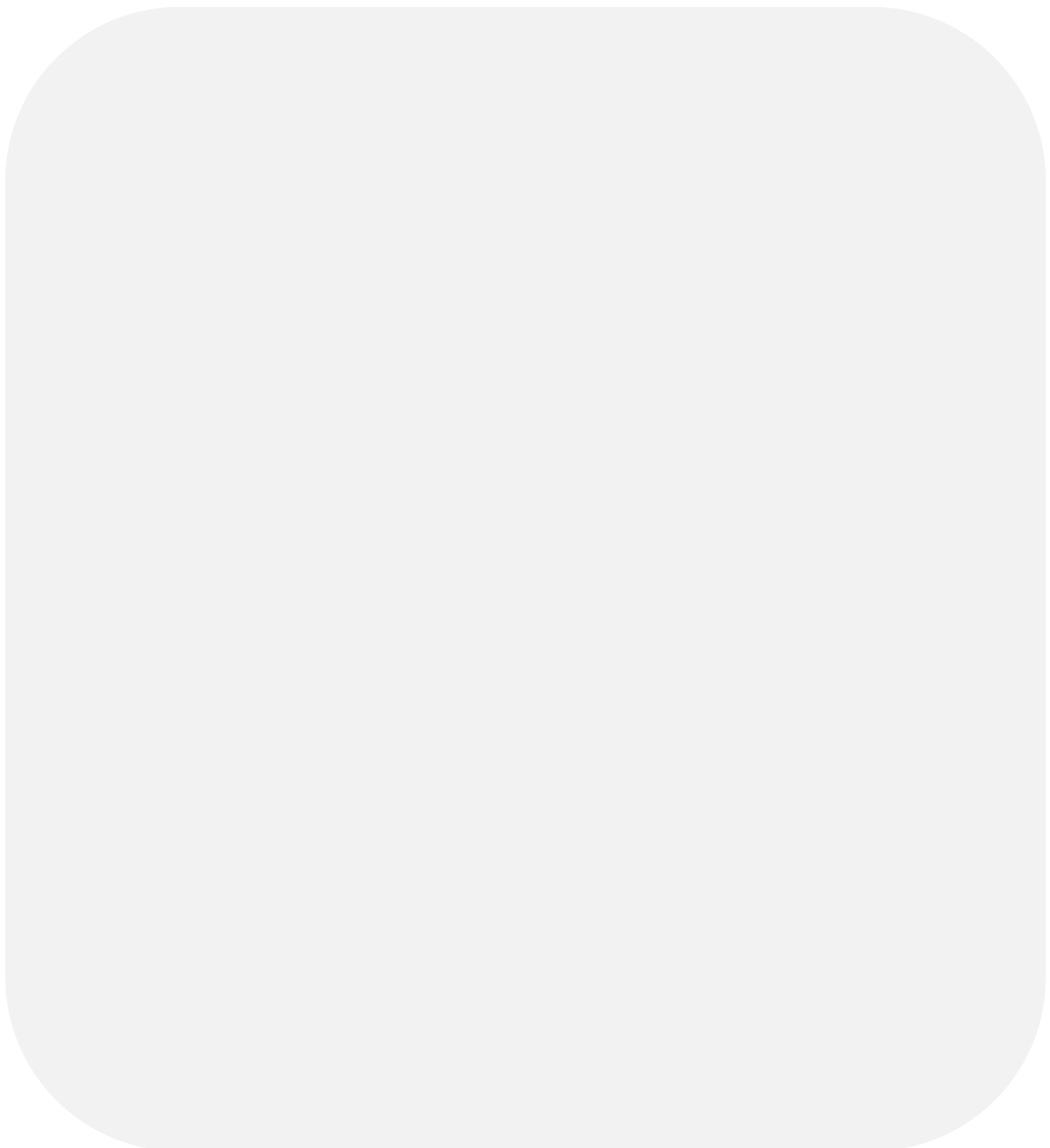
**Médimail** oui non Mail : \_\_\_\_\_

**Autres données du patient :**

Personne reconnue en situation de handicap ? Oui /Non Pathologie : \_\_\_\_\_

Patient en situation complexe ? Oui /Non

**Descriptif de la demande :**



**Professionnels intervenants auprès du patients :**

Structure	Nom Prénom de l'intervenant	Nature de l'intervention	Coordonnées Tél/mail

**Transmissions équipe PTA :**

