

Réunions interdisciplinaires – CPTS Orne Est

Accord préalable du patient

Je soussigné(e), (Nom/Prénom): _____

Autorise le fait que la CPTS Orne Est organise une réunion interdisciplinaire au cours de laquelle sera évoquée ma situation.

Je reconnais avoir été informé(e) des objectifs et principes de cette réunion, par le Dr / Me / Mr (Nom/ Fonction/ Structure) : _____

Professionnels	Nom/ fonction/ Structure
Médecin généraliste traitant	
Pharmacie	
Services hospitaliers	
Structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD, ...)	
Travailleurs sociaux	
Autres professionnels	

Points à aborder: attentes éventuelles :

A large, white, rounded rectangular area intended for handwritten notes or typed text. It has a soft drop shadow and rounded corners, set against a light blue background.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

A white, rounded rectangular area intended for a signature. It has a soft drop shadow and rounded corners, set against a light blue background.