# FICHE DE LIAISON - CPTS

Demande commune aux partenaires, professionnels et établissements hospitaliers

**À transmettre à la CPTS avec l'accord de la personne concernée, par un canal sécurisé.**

## 1. STRUCTURE / PROFESSIONNEL DEMANDEUR

☐ Hôpital ☐ Service social ☐ Médico-social ☐ Association ☐ DAC ☐ Autre

Établissement / structure / service

Nom du demandeur

Fonction

Téléphone direct

E-mail professionnel / MSSanté

## 2. CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Sortie hospitalière ☐ Recherche de professionnel ☐ Accès aux soins

☐ Coordination de parcours ☐ Autre situation

## 3. PERSONNE CONCERNÉE

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Adresse / adresse de sortie

Code postal / commune

Aidant / contact : nom, lien, téléphone

☐ Médecin traitant connu : oui ☐ Non

Si oui, nom du médecin

## 4. SORTIE D'HOSPITALISATION (SI CONCERNÉ)

Date prévue de sortie

Lieu / mode de sortie

## 5. BESOIN DE SOINS ET PROFESSIONNELS RECHERCHÉS

☐ Médecin généraliste / MT ☐ Infirmier(ère) ☐ Kinésithérapeute

☐ Pharmacien ☐ Sage-femme ☐ Psychologue ☐ Autre

Autres ressources recherchées / précisions

☐ 24-48 h ☐ 48-72 h ☐ < 7 jours ☐ < 15 jours ☐ Sans urgence

## 6. PRIORITÉ, ACCORD ET INFORMATIONS UTILES

☐ Très urgente ☐ Rapide ☐ Programmée ☐ Sans urgence

☐ Personne informée ☐ Accord pour être contactée

Informations utiles à la coordination (éviter les détails médicaux inutiles) :

Cette fiche ne remplace ni les prescriptions ni les documents médicaux nécessaires à la prise en charge.