

Document à compléter pour chaque protocole pluriprofessionnel

Justificatif

Protocole pluriprofessionnel

Thématique choisie :

Population concernée :

Nom de l'ESP :

Date du protocole :

Type de protocole :

- Protocole organisationnel simple
- Protocole organisationnel avec une action non-prise en charge dans la nomenclature
- Protocole de transfert d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients (dérogatoire)

Modalités de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation :

Décrire succinctement la façon dont le protocole a été réalisé, communiqué et évalué. Qui a organisé les réunions ? Qui a rédigé le protocole ? Qui le transmet aux autres professionnels ? Comment ? Qui transmet le justificatif pour le financement ?

Montant de l'indemnisation :

Modalités de répartition de l'indemnisation :

Professionnels concernés :

Nom : <input type="text"/>			
Prénom : <input type="text"/>			
Profession : <input type="text"/>			
Signature : <input type="text"/>			
Nom : <input type="text"/>			
Prénom : <input type="text"/>			
Profession : <input type="text"/>			
Signature : <input type="text"/>			
Nom : <input type="text"/>			
Prénom : <input type="text"/>			
Profession : <input type="text"/>			
Signature : <input type="text"/>			

Document à renvoyer accompagné du protocole

à la Fédération des URPS-CVL au 122 bis rue du faubourg Saint-Jean 45000 ORLEANS.