

Nom de l'ESP-CVL :

Date du PPCS :

Référent du PPCS :

**Critère d'inclusion du patient :** (attention à bien garder l'anonymat du patient)

**Modalités d'organisation :**

Qui, quand, comment, où sont organisées les rencontres entre  
professionnels et patients ?

Comment le PPCS est-il communiqué aux autres professionnels ?

Comment le PPCS est-il intégré au dossier patient ?

**Modalités de suivi et de réévaluation du PPCS :**

Quel est le rôle du référent du PPCS ?

Qui envoie le/les justificatifs pour le financement de l'action ?

Quand le patient sera-t-il revu ?

**Professionnels concernés:**

**L'indemnisation à répartir est de 150€, dont une part incompressible de 30€ pour le référent du PPCS.**

Nom :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Profession :

Indemnisation:  €

Indemnisation:  €

Indemnisation:  €

Signature :

Signature :

Nom :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Profession :

Indemnisation:  €

Indemnisation:  €

Indemnisation:  €

Signature :

Signature :

Date du PPCS: le  /  /

### Professionnels concernés:

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

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

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

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