



# Prise en charge Plate-Forme COVID-PTA

## 0800 444 974

Mail sécurisé : [pta974@oi.mssante.fr](mailto:pta974@oi.mssante.fr)



Fax : 0262 201 269

VOTRE PATIENT	Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
	Date de naissance : <input type="text"/>	
	Adresse : <input type="text"/>	
	Téléphone : <input type="text"/>	
	Remarque : <input type="text"/>	
Consentement du patient ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

VOUS JOINDRE	Vos coordonnées (Tampon)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Mail sécurisé	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="text"/>
<i>Numérotez par ordre de préférence (1/2/3)</i>		

VOTRE DEMANDE	Date <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Évaluation du confinement
	<input type="checkbox"/> Coordination intervenant(s) <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> IDE</li><li><input type="checkbox"/> Pharmacien</li><li><input type="checkbox"/> Kiné</li><li><input type="checkbox"/> Sage Femme</li><li><input type="checkbox"/> Autre(s)</li></ul>
<input type="checkbox"/> Soutien aux outils (visio...)	
<input type="checkbox"/> Patient guéri, vous souhaitez poursuivre l'appui de la PTA	

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------

NOTRE RÉPONSE	Début de prise en charge	<input type="text"/>
	Envoi de la synthèse	<input type="text"/>
	Fin de prise en charge	<input type="text"/>

Utilisez cette Fiche pour solliciter l'appui de la PTA pour vos patients COVID

<https://pta974.re/>