****

Nom et Prénom du professionnel de santé.

Adresse professionnelle.

Code postal et Ville.

Téléphone et adresse email sécurisée

**A l’attention du Centre Expert de Prévention et de Prise en charge de l’Iatrogénie Médicamenteuse (CEPPIM),**

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Objet :** Lettre d’adressage pour consultation auprès du CEPPIM

Chers confrères,

Je me permets de vous adresser Choisissez un élément. *Prénom, NOM* actuellement pris(e) en charge dans mon Choisissez un élément. pour une demande de consultation au sein de votre hôpital de jour CEPPIM motivée par :

Polymédication (> 5 médicaments)

Défaut d’adhésion thérapeutique

Modifications thérapeutiques récentes

Défauts de connaissances des traitements

Traitement inadapté aux caractéristiques du patient (Clr, âge, poids ou autonomie…)

Patient manifestant des effets indésirables

Patient en échec thérapeutique

Cliquez ici pour entrer du texte et préciser le motif si nécessaire

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou pour organiser une rencontre afin de faciliter cette transition.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et fonction du professionnel de santé

Informations du patient à compléter :

Nom : Prénom : Sexe : Choisissez un élément.

Date de naissance :

Téléphone : Adresse email :

Adresse :

Code postal : Ville :

Documents à joindre si possible à la demande d’adressage :

* Dossier médical complet
* Résultats des bilans biologiques récents
* Traitement en cours