## Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

## Lettre d'intention



Intitulé du projet					
Date de rédaction :			Voir outil : aide à	a la rédaction	
Porteur projet Profession Adresse postale Mail Téléphone			RAPPEL : la lettre d'intention doit être accompagnée d'un formulaire CERFA de demande de subvention  Accès formulaire simplifié		
	I - Le contexte	territori	al		
Caractéristiques du terr	itoire couvert par le projet CPTS				
	e actuelle du projet ommunes (quartiers le cas échéant, notamment si dances Code postal / Code Insee : <u>lien vers l'outil</u>	territoire infra comm	unal), les CODES POST	FAUX et CODES INSEE	
	COMMUNES / QUARTIERS		CODE POSTAL	CODE INSEE	
Evaluation de population o	concernée par le projet (nombre d'habitants) :				
Taille de la CPTS :					
	s de 40 000 habitants) • 40 000 et 80 000 habitants)		ntre 80 000 et 175 000 lus de 175 000 habita		

Si le diagnostic a été réalisé par le biais du Guichet C	-			_	ic	
Sinon, précisez ci-dessous votre diagnostic ainsi que	ies sources d	qui vous on	ı permis	de i etabiir.		
Au regard des éléments de diagnostic et de l'avis de le(s) type(s) de parcours posant des difficultés sur le						
Description des modelités de traveil evictorites						
Description des modalités de travail existantes	5					
Outils et moyens déjà intégrés sur le territoire						
Exemples : Systèmes d'information communs, e-pres	cription, mes	ssagerie séd	curisée, <sub>l</sub>	protocoles de coopération et	с :	
Partenariat(s) et réseau(x) existant(s) :	100)					
Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, N	/ISP)	□ NON	OUI - Précisez :			
Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)		□ NON	□ OUI - Précisez :			
Collectivités territoriales		$\square$ NON	☐ OUI - Précisez :			
IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE  Méthodologie employée pour informer et mobiliser  Si utilisation du questionnaire des URPS, joindre le fic  Sinon, précisez la méthodologie employée : Commen  Avez-vous organisé des réunions : date(s), lieu(x), noi	r les acteurs chier de répont t les avez-voi	de santé d nses. us contacté	u territo	ourrier/tel/mail ? Sur quel lis	sting vous êtes-vous appuyés ?	
Professionnels informés et sollicités sur le territoire						
Profession	_	professionn Jentifiés	els	Nb de professionnels sollicités	Nb de professionnels	
	l la				engages dans la demarche	
Médecins généralistes	IC	ientines		Somettes	engagés dans la démarche	
Médecins généralistes Médecins spécialistes	10	ientines		Jonicies	engages dans la demarche	
Médecins généralistes Médecins spécialistes Infirmiers	Id	lentines		Someties	engages dans la demarche	
Médecins spécialistes	IC	ientines		Someties	engages dans la demarche	
Médecins spécialistes Infirmiers	10	entines		Jonicites	engages dans la demarche	
Médecins spécialistes Infirmiers Biologistes	10	entines		Jonities	engages dans la demarche	
Médecins spécialistes Infirmiers Biologistes Pharmaciens	10	entines		Sometes	engages dans la demarche	

Diagnostic territorial - Problématiques de santé identifiées sur le territoire

Orthoptistes Dentistes

Autres (préciser)

Pédicures-podologues/orthésistes

Autros Sollicitations (cochez la casa correspondant	۵۱۰							
Autres Sollicitations (cochez la case correspondant Hôpital(ux) public(s)		ION	□ OUI - Précisez :					
			_	☐ OUI - Précisez :				
Etablissement(s) de santé privé(s)								
Elu(s) territorial(ux)			ION	□ OUI - Précisez :				
Structure(s) médico-sociale(s)			ION	□ OUI - Précisez :				
Structure(s) sociale(s)			ION	☐ OUI - Précisez :				
Structures d'exercice coordonné ou d'appui (ESP, N	ISP, PTA	()       N	ION	$\square$ OUI - Précisez :				
Liste des professionnels engagées dans la construct  EQUIPE PROJET : Professionnels Libéraux  NOM Prénom Profession	ion du p	rojet Secteur	Activité	Ville d'exercice	Structure d'appartenance			
NOW PIEROII PROTESSION		000000	, 10011110	VIII.O GI CACIOIGO	on acture a appartenance			
	ļ							
PARTENAIRES : Professionnels des établissements d	e santé	ou médic	o-sociaux					
NOM Prénom Profession		Secteur		Ville d'exercice	Structure d'appartenance			
Missions et objectif(s) visé(s) par le projet								
Descriptif succinct de chaque mission : objectifs, out	ils et me	éthodes e	nvisagés,	impact souhaité pour la po	pulation et les acteurs impliqués,			
Intitulé de la missions	Oui	Non	Descript	ion				
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux			Descript	1011				
soins - Faciliter l'accès à un médecin traitant								
Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux								
soins - Améliorer la prise en charge des soins								
non programmés en ville								
Mission en faveur de l'organisation de parcours								
pluriprofessionnels autour du patient								
Mission en faveur du développement d'actions								
coordonnées de prévention  Actions en faveur du développement de la qualité								
et de la pertinence des soins								
Actions en faveur de l'accompagnement des								
professionnels de santé sur le territoire								
Autres actions*								
* Liens possible avec le PRS – Projet Régional de Sant	é Occito	ınie						
Liens possible uvec le rns – riojet negional de sant	COLLILL	IIIC						
Une structure juridique est-elle déjà créée pour por	ter le pr	ojet ?						
☐ Non ☐ Oui								
Précisez (nom, forme juridique, siège								
social, date de création) :								
Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du p	roiet							
Calculation previsionner de mise en œuvre du projet								
Phase de construction du projet de CPTS Du XX/		X/XXXX à XX/XXXX						
		yy/yyyy						
Date Dépôt de la lettre d'intention		ΥX						
Date Depot de la lettre d'intention	XX/XX	ΚX						
Date Depot de la lettre d'intention  Date Dépôt du projet de santé	XX/XXX							
		ΚX						