



EHPAD JEAN PERIDIER
Adresse : 174 RUE JACQUES BOUNIN 34070 MONTPELLIER
Tél. : 04 67 42 78 86
Fax : 04 67 42 12 91
Email : accueil@ehpad-peridier.fr



MONTPELLIER LE 30/07/2020

Objet : Déploiement du Dossier Médical Partagé à l'EHPAD « JEAN PERIDIER »

Madame, Monsieur,

Afin de faciliter la coordination des soins entre tous les professionnels de santé œuvrant dans la prise en charge de nos patients résidents, notre établissement s'engage dans le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP).

Le DMP, véritable carnet de santé numérique, permet à tous les professionnels de santé d'accéder aux informations médicales de nos résidents et facilite ainsi leur prise en charge.

Ce document contient tous les éléments médicaux pertinents permettant une prise en charge optimale des patients (historique des soins, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus de biologie, etc.).

Notre établissement est aujourd'hui en capacité de créer, d'alimenter le DMP et de le consulter pour améliorer la prise en charge de nos résidents par nos équipes. Nous alimenterons le DMP du Dossier de Liaison d'Urgence.

Ce document est essentiel pour la prise en charge de votre parent dans des situations d'urgence.

Pour tout connaître sur le DMP, vous pouvez consulter le site dédié www.DMP.fr, ou nous contacter pour de plus amples informations sur notre démarche.

Nous entrons dans une démarche d'accompagnement de nos résidents pour la création de leur DMP. Votre soutien dans cette démarche est essentiel.

Si vous souhaitez néanmoins vous opposer à cette création, nous vous invitons à nous le faire savoir rapidement via le coupon réponse ci-joint. A défaut de réception de votre réponse avant **le 03/09/2020**, nous procéderons à la création du DMP.

Nous restons à votre disposition pour échanger sur cette démarche et nous vous prions d'agréer nos sincères salutations.

Le Directeur de l'EHPAD

Le Médecin coordonnateur de l'EHPAD

M. Eric PONCE

Dr Fazia AIDER



Je, soussigné(e) M. / Mme,

N'autorise pas la création de mon Dossier Médical Partagé (D.M.P.)

N'autorise pas la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
du protégé majeur M. / Mme.....

N'autorise pas la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
de mon parent M. / Mme.....

Le/...../.....

Signature :

à.....