ŒUVRE ISRAELITE DE SECOURS AUX MALADES

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

MAISON DE RETRAITE SIMON BENICHOU

DMP

Nancy, le 15 avril 2019

<u>Objet</u> : Déploiement du Dossier Médical Partagé à l'EHPAD S. Bénichou

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).

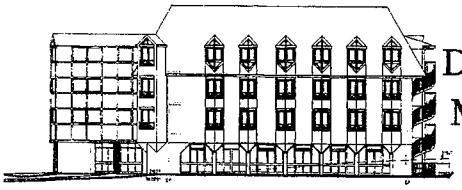
Le DMP, véritable carnet de santé numérique, permet à tous les professionnels de santé d'accéder aux informations médicales de nos résidents et facilite ainsi leur prise en charge.
Ce document contient tous les éléments médicaux pertinents permettant une prise en charge optimale des patients (historique des soins, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus de biologie, etc.).

Notre établissement sera bientôt 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 connaitre sur le DMP, vous pouvez consulter le site dédié <u>www.DMP.fr</u>, ou contacter la CPAM pour de plus amples informations sur la démarche.
Nous entrons dans une démarche d'accompagnement de nos résidents pour la création de leur DMP.
<u>Votre soutien dans cette démarche est essentiel. En effet, sa création ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement.</u> A ce titre, vous trouverez ci-dessous un coupon réponse à compléter et à nous retourner pour que votre DMP puisse être créé.

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

Emmanuelle DIETSCH
Directrice



Dr Jean Paul TRIBOUT
Médecin coordonnateur

53, rue du Général HOCHE - 54000 NANCY - Tél. 03 83 91 47 00 - Fax 03 83 27 26 38 - E-mail : maisonretraite@ehpad-benichou.org
N° SIRET : 783 345 507 00025 - N° APE : 8710A

Je, soussigné(e) M. / Mme .....,

□□□□Autorise la création de mon Dossier Médical Partagé (D.M.P.)

□□□□Autorise la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
du protégé majeur M. / Mme.....

□□□□Autorise la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
de mon parent M. / Mme.....

Le ...../...../..... **Signature :**

à.....