

# PATIENTS SANS MÉDECIN TRAITANT

## DEUX DISPOSITIFS :

### SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS) 36

DÉPARTEMENTAL • SOINS NON PROGRAMMÉS • ACCÈS DIRECT

SAS 36



116 117

JOURS OUVRABLES 08H > 20H

### OFFRE DE SOINS ALTERNATIVE ET TRANSITOIRE (OSAT)

CHÂTEAURoux MÉTROPOLE • PATIENTS CHRONIQUES •  
SOINS DE SUIVI • ACCÈS INDIRECT



**Messagerie sécurisée  
professionnels uniquement**

Adresse électronique sécurisée : [cdsosatchateauroux@sante-centre.mssante.fr](mailto:cdsosatchateauroux@sante-centre.mssante.fr)  
Ligne téléphonique publique : 02 54 07 69 08 > du lundi au jeudi, de 09h00 à 17h30

### LE CENTRE DE SANTÉ RAPPELLE LES PATIENTS ET PROGRAMME LES RENDEZ-VOUS



QUOI ?

- > Soins de suivi uniquement
- > Bilan de synthèse, mise à jour du dossier et des prescriptions



QUI ?



Patients

- Sans médecin traitant (ou médecin traitant durablement indisponible)
- + Habitant dans la communauté d'agglomération de Châteauroux Métropole
- + Atteint d'une ou plusieurs pathologies chroniques
- + Avec un ou plusieurs critères de vulnérabilité  
(ALD en cours ou en rupture, + de 70 ans, - de 16 ans, bénéficiaire de la C2S)

*Hors critère, mais à risque de dégradation rapide*



COMMENT ?

- > Repérage des patients par le réseau de soin
- > Adressage indirect uniquement par messagerie sécurisée et par correspondants :
  - Caisse Primaire d'Assurance Maladie 36
  - Pharmacie
  - Service d'Accès aux Soins (SAS) et Centre 15
  - Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) 36
  - Autres professionnels (spécialistes, infirmiers...)
- > Rappel des patients par l'OSAT pour fixer le premier rendez-vous



OÙ ?

- > De décembre 2021 à juillet 2022
  - 10 rue Rabelais → Parking Diderot (ascenseur)
  - Parking Équinoxe (sans ascenseur)
- > À partir de l'été/automne 2022  
16 rue Albert Camus, aile droite de la MSP La Caravelle



# FICHE ADRESSAGE OSAT

LIGNE TÉLÉPHONIQUE PUBLIQUE : 02 54 07 69 08 > DU LUNDI AU JEUDI, DE 09H00 À 17H30

STRUCTURE ADRESSANTE : \_\_\_\_\_

**PATIENT 1** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 2** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 3** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 4** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 5** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 6** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 7** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 8** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 9** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_

**PATIENT 10** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
COMMUNE : \_\_\_\_\_ TÉL 1 : \_\_\_\_\_ TÉL 2 : \_\_\_\_\_  
Autorisation du patient pour la transmission des coordonnées à l'OSAT : OUI   
Commentaires : \_\_\_\_\_