**BON POUR ACCORD DU MEDECIN TRAITANT**

Par la présente, je soussigné (e) ….. M / Mme…………………………………………………………,

Domicilié(e)………………………………………………………………………………………………………,

Médecin généraliste ou spécialiste n° RPPS ...……………………………………………………..,

Désigné médecin traitant de M/Mme……………………………………………………………………,

Accepte l’accompagnement par un « infirmier relai » de mon patient en affection longue durée, dans le cadre de l’appel à manifestation d’intérêt relatif à l’accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

J’échange si besoin avec « l’infirmier relai » au regard du suivi réalisé et de l’accompagnement du patient.

|  |
| --- |
| Le médecin traitant |
| Je déclare être le médecin traitant du patient cité ci-dessus. |
| *Date et signature* |