**FACTURE INFIRMIER RELAI**

**7 Rue Saint-Laurent – 14000 CAEN**

NOM et Prénom :

Adresse professionnelle :

N° ADELI / RPPS :

Mail :

N° de tél portable :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acte d’adressage | Date du bilan | Montant (25€/bilan) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total** | |  |

Signature et cachet de l’infirmier(ère)

**Questionnaire :**

*Le dispositif de l’infirmier relai constitue une solution complémentaire de suivi pour les patients dans le cadre d’un parcours de soins structuré par les professionnels de santé de terrain.*

*L’infirmlier(ère) relai étant une expérimentation, nous avons besoins que vous répondiez à ce questionnaire.*

Quelles est la commune de résidence du patient accompagné ?

Le patient accompagné a-t-il un médecin traitant ?

* Oui 🞏 Non

Quelles actions ont été mises en place suite au bilan ?