

**FICHE D'ORIENTATION PATIENT
PROVENCE SANTÉ COORDINATION**

Tél. : 04 42 642 642

Mail sécurisé : coordination@groupement-psc.fr

| | | | |
|--|--|---|---|
| Date de l'orientation : | | | |
| ORIENTEUR | | | |
| Etablissement/ organisme/ service : | | En adressant une demande au DAC Provence Santé Coordination , vous attestez que vous avez informé votre patient (ou son représentant légal, ou à défaut sa personne de confiance) que vous sollicitez le soutien d'un dispositif d'appui à la coordination, que votre patient va être contacté par un collaborateur de Provence Santé Coordination et que votre patient peut retirer son consentement à tout moment. | |
| Nom / Prénom | | | |
| Profession : | | | |
| Téléphone : | | Consentement recueilli : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Mail : | | Si non, pour quel motif ? | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| PATIENT | | | |
| Nom de naissance*: | | Adresse* : | |
| Nom d'usage : | | | |
| Prénom de naissance*: | | | |
| Date de naissance*: | | Tel. : | |
| Commune de naissance* : | | Mail : | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Nationalité : | |
| Au moment de l'orientation, quelle est la situation de la personne ? | | | |
| Personne vivant seule ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Commentaire : | |
| Localisation | <input type="checkbox"/> A DOMICILE <input type="checkbox"/> Autre | | |
| Si hospitalisation /SSR Motif : | | Date de sortie envisagée | |
| Personne ressource à contacter : | | | |
| Nom/Prénom : | Lien avec le patient : | Tél. : | |
| | | Email : | |

***INFORMATIONS NECESSAIRES A LA BONNE IDENTIFICATION DU PATIENT**

CONTEXTE & MOTIF DE LA DEMANDE

Contexte de la demande :

Actions déjà réalisées ou en cours :

Actions attendues par le DAC :

INTERVENANTS & DROITS / AIDES EN PLACE

| PROFESSIONNELS | Présent (O/N) | NOM/ Prénom | TELEPHONE ET/OU EMAIL |
|--------------------------------|---|---|-----------------------|
| Médecin traitant | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Tél : Email : |
| Infirmiers libéraux / SSIAD | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Tél : Email : |
| Service d'Aide à Domicile | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Tél : Email : |
| Mandataire de Justice | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Tél : Email : |
| Autre | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Tél : Email : |
| DROITS & AIDES | Présent (O/N) | INFOS Complémentaire | |
| Mutuelle | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Organisme : | |
| ALD | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Affection : | |
| Plan d'aide | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> APA GIR : <input type="checkbox"/> autre | |
| Droits MDPH | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Prestation : | |
| Autre | | | |

RECUEIL DE DONNEES

Antécédents :

Traitements :

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Alertes liées à la SANTE : | | |
| <input type="checkbox"/> Absence de suivi médical | <input type="checkbox"/> Troubles de l'autonomie décisionnelle | |
| <input type="checkbox"/> Soins/matériels insuffisants ou inadaptés | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation récurrente | <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | |
| <input type="checkbox"/> Risques de chute | <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels | |
| <input type="checkbox"/> Incurie | <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels | |
| Alertes liées à la PERTE D'AUTONOMIE | | |
| <input type="checkbox"/> Se nourrir | <input type="checkbox"/> Faire ses courses | |
| <input type="checkbox"/> Se laver | <input type="checkbox"/> Faire le ménage | |
| <input type="checkbox"/> Se déplacer | <input type="checkbox"/> Préparer les repas | |
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes | <input type="checkbox"/> Aides insuffisantes ou inadaptées | |
| Alertes liées à l'ENVIRONNEMENT | | |
| <input type="checkbox"/> Epuisement ou absence d'aidant | <input type="checkbox"/> Isolement social /familial | |
| <input type="checkbox"/> Refus d'aides et de soins (personne et/ou entourage) | <input type="checkbox"/> Vulnérabilité | |
| Alertes liées à l'HABITAT | | |
| <input type="checkbox"/> Logement inadapté | <input type="checkbox"/> Accessibilité/aménagement | <input type="checkbox"/> Insalubrité |
| <input type="checkbox"/> Logement isolé géographiquement | <input type="checkbox"/> Vétusté | <input type="checkbox"/> Encombrement |
| | | <input type="checkbox"/> Nuisibles |
| Alertes liées aux aspects économiques et/ou administratifs | | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative et financière | | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité économique / endettement | | |