

FICHE D'ORIENTATION PROVENCE SANTÉ COORDINATION

Tél. : 04 42 642 642

coordination@groupeement-psc.fr

Mail sécurisé : coordination@groupeement-psc.mssante.fr

Date de l'orientation : ____/____/____

ORIENTEUR

Etablissement/ organisme/ service :	Nom structure.		
Nom / Prénom	Identité orienteur.		
Profession/ Fonction :	Cliquez ici pour entrer du texte.		
Téléphone :	Tél. établissement.	Mail :	Mail établissement

RECUEIL DU CONSENTEMENT AUPRES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

1-Information de la personne (cochez les 2 cases)	☐ J'atteste avoir informé la personne concernée du recours au dispositif d'appui à la coordination (DAC) et qu'elle ne s'y est pas opposée. ☐ J'atteste l'avoir également informée que des informations la concernant vont être échangées/partagées afin d'assurer son accompagnement et la coordination de celui-ci et qu'elle dispose d'un droit d'opposition à ce sujet qu'elle peut exercer à tout moment.		
2-cas où l'information de la personne n'est pas possible (cochez l'une des deux cases)	☐ J'atteste que l'information de la personne est impossible (notamment dans le cas où la personne n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté) et qu'elle ne fait pas l'objet d'une mesure de représentation à la personne (par exemple, une tutelle portant sur les décisions personnelles) ☐ J'atteste que l'information de la personne est impossible et que j'ai informé son représentant des informations mentionnées dans le point 1, ci-dessus.		

*INFORMATIONS NECESSAIRES A LA BONNE IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT/ PERSONNE ACCOMPAGNEE

Nom de naissance* :	Nom de naissance patient.	Adresse* :	Adresse patient
Nom d'usage :	Nom d'usage patient.		
Prénom de naissance* :	Prénom patient		
Date de naissance* :	Date de naissance patient.	Tel. :	Téléphone patient.
Commune de naissance* :	Commune.	Mail :	Mail patient.
Sexe	☐ F ☐ M	Nationalité :	Nationalité.
Au moment de l'orientation, quelle est la situation de la personne ?			
Personne vivant seule ?	☐ OUI ☐ NON	Commentaire :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Localisation	☐ A DOMICILE ☐ Autre		
Si hospitalisation /SSR	Cliquez ou appuyez ici pour	Date de sortie	____/____/____

Motif :	entrer du texte.	envisagée	
Personne ressource à contacter :			
Nom/Prénom : Identité.	Lien avec le patient : Lien.	Tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

CONTEXTE & MOTIF DE LA DEMANDE

Contexte de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Actions déjà réalisées ou en cours : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Actions attendues par le DAC : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

INTERVENANTS & DROITS / AIDES EN PLACE

PROFESSIONNELS	Présent (O/N)	NOM/ Prénom	TÉLÉPHONE ET/OU EMAIL
Médecin traitant	☐ OUI ☐ NON	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Infirmiers libéraux / SSIAD	☐ OUI ☐ NON	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Service d'Aide à Domicile	☐ OUI ☐ NON	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Mandataire de Justice	☐ OUI ☐ NON	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Autre	☐ OUI ☐ NON	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
DROITS & AIDES	Présent (O/N)	INFOS Complémentaire	
Mutuelle	☐ OUI ☐ NON	Organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
ALD	☐ OUI ☐ NON	Affection : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Plan d'aide	☐ OUI ☐ NON	☐ APA GIR : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ☐ autre	
Droits MDPH	☐ OUI ☐ NON	Prestation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		

RECUEIL DE DONNEES

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

Attention, vous transmettez des données personnelles et sensibles

Pour garantir la confidentialité et la sécurité des échanges, vous devez utiliser une messagerie sécurisée ; l'adresse sécurisée du DAC Provence Santé Coordination est : coordination@groupe-psc.mssante.fr