

FICHE D'ORIENTATION PATIENT PROVENCE SANTÉ COORDINATION

Tel. : 04 42 642 642

Mail sécurisé : coordination@groupeement-psc.fr

Date de l'orientation : ____ / ____ / ____

ORIENTEUR

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

PATIENT

Nom de naissance :	Nom de naissance patient.	Nom d'usage :	Nom d'usage patient.
Prénom de naissance :	Prénom patient	Date de naissance :	Date de naissance patient.
Commune de naissance :	Commune.	Nationalité :	Nationalité.
Adresse :	Adresse patient	Tel. :	Téléphone patient.
		Mail :	Mail patient.
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Marié(e)/ concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve		
Personnes ressources à contacter :	Nom/Prénom : Identité.	Coordonnées : Coordonnées.	Lien avec le patient : Lien.

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Professionnels	Prénom/ Nom	Téléphone et/ou mail	Contacté pour recueil d'information
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste principal	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Infirmiers libéraux <input type="checkbox"/> SSIAD	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service APA	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mandataire de justice	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--	--	---

TYPE DE COORDINATION

☐ COORDINATION RAD

☐ COORDINATION MAD

RECUEIL DE DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES

Patient hospitalisé :

- **Date d'hospitalisation :** Cliquez pour entrer une date. **Date de sortie prévue :** Cliquez pour entrer une date.

- **Motif d'hospitalisation :**
Cliquez ici pour entrer du texte.

Données sanitaires :

- **Antécédents :**
Cliquez ici pour entrer du texte.

- **Traitement en cours** (*per os, injection, pansement, O2,...*):
Cliquez ici pour entrer du texte.

- **Aides déjà en place à domicile** (*matériel, repas, course, ménage,...*) : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, préciser : Nature des aides en place.

- **Taille :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Poids :** Cliquez ici pour entrer du texte.

- **Troubles cognitifs :** ☐ OUI ☐ NON **Si oui, préciser :** Cliquez ici pour entrer du texte.

- **Soins d'hygiène :** ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Toilette au lit

- **Mobilité :** ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Grabataire

- **Alimentation :** ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

- **Troubles de la déglutition :** ☐ OUI ☐ NON

- **Elimination :** ☐ Continent ☐ Incontinent

- **Dispositifs médicaux spécifiques :** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Données sociales :

- **Couverture sociale :** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **Mutuelle :** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- **Des démarches sociales sont-elles en cours ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

BESOINS EN COORDINATION

- **Médicale** (*absence de suivi médical, besoins en soins, hospitalisations répétées, besoins en matériels médicaux,...*) :
Cliquez ici pour entrer les besoins en coordination médicale.

- **Sociale** (*organisation du quotidien, absence de droits sociaux, épuisement des aidants...*) :
Cliquez ici pour entrer les besoins en coordination sociale.