

## FICHE D'ORIENTATION PATIENT PROVENCE SANTE COORDINATION

**Tel. : 04 42 642 642**

Mail sécurisé : [coordination@groupelement-psc.fr](mailto:coordination@groupelement-psc.fr)

Date de l'orientation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ORIENTEUR

Etablissement/ organisme/ service :	Nom structure.	En adressant une demande au DAC Provence Santé Coordination, vous attesterz 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	Identité orienteur.		
Profession :	Cliquez ici pour entrer du texte.		
Téléphone :	Tél. établissement.	Mail :	Mail 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.

- **Traitements 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.