FICHE D'ORIENTATION PATIENT
PROVENCE SANTE COORDINATION

Tel. : 04 42 642 642

Mail sécurisé : coordination@groupement-psc.fr

Date de l'orientation : ____/ ____ /_____

ORIENTEUR

Etablissement/ organisme/ service :	Nom structure.	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	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 :	☐ Marié(e)/ concubinage ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e)/séparé(e) ☐ 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
☐ Médecin traitant	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non
☐ Médecin spécialiste principal	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non
☐ Infirmiers libéraux ☐ SSIAD	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non
☐ Service d'aide à domicile	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non
☐ Service APA	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non
☐ Mandataire de justice	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	☐ Oui ☐Non

☐ 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.	☐ Oui ☐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.