



FORMULAIRE CPTS DU VERDON : DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE CAS COMPLEXES

RETOUR À DOMICILE

MAINTIEN À DOMICILE

Date de la demande :

Consentement du patient :

En adressant une demande à la CPTS du Verdon, vous attestez que vous avez informé le patient (ou son représentant légal ou à défaut sa personne de confiance) que vous sollicitez le soutien de la CPTS du Verdon et de ses membres, que le patient est d'accord pour qu'éventuellement il soit contacté par un ou plusieurs professionnels de santé et/ou la coordinatrice de la CPTS du Verdon. Le patient pouvant retirer à tout moment son consentement.

Vous attestez avoir pris connaissance de ce qui suit : La CPTS du verdon consent à étudier la demande faite par l'intermédiaire de ce formulaire mais n'est pas dans l'obligation de répondre favorablement à la demande.

ETABLISSEMENT/STRUCTURE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT/STRUCTURE	
NOM/PRÉNOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER	
PROFESSION	
COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES ET MAIL	

PATIENT

Nom de naissance :		Nom d'usage :	
Prénom :		Date de naissance :	
Lieu de naissance :		Nationalité :	

Adresse actuelle :	
Téléphone et mail :	
Situation familiale :	

PERSONNE (S) RESSOURCE (S) DU PATIENT			
Nom :		Prénom :	
Numéro de téléphone :		Mail :	
Lien avec le patient :			
Degré d'implication auprès du patient	<input type="checkbox"/> aidant naturel : présence permanente ou passage quotidien <input type="checkbox"/> aidant naturel : passage occasionnel <input type="checkbox"/> aidant professionnel (secteur social ou médico-social)		

INTERVENANTS PROFESSIONNELS DE SANTE				
Type de professionnel	Nom-Prénom	Lieu d'exercice	Téléphone et/ou mail	Contacté par la structure/établissement
<input type="checkbox"/> Médecin traitant				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste principal				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Infirmiers libéraux				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> SSIAD				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Autres				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

INTERVENANTS MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

<i>Type de professionnel</i>	<i>Nom-Prénom</i>	<i>Lieu d'exercice</i>	<i>Téléphone et/ou mail</i>	<i>Contacté par la structure/établissement</i>
<input type="checkbox"/> <i>Service à domicile</i>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> <i>Service APA</i>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> <i>Mandataire de justice</i>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> <i>Autres</i>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RECUEIL DES DONNÉES SANITAIRES

<p>PATIENT HOSPITALISÉ <input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p> <p><i>Motif d'hospitalisation :</i></p>	<p><i>Date d'hospitalisation :</i></p> <p><i>Date de sortie prévue :</i></p>
<i>Antécédents :</i>	
<i>Traitements en cours :</i>	
<i>Données anthropométriques :</i> <i>Poids :</i> <i>Taille :</i>	
<i>Aides déjà en place (matériel, repas, ménage,...) :</i> <input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i>	
<i>Troubles cognitifs :</i> <input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <i>si oui préciser :</i>	
<p><i>Soins d'hygiène :</i> <input type="checkbox"/> <i>autonome</i> <input type="checkbox"/> <i>aide partielle</i> <input type="checkbox"/> <i>dépendant (alité)</i></p>	<p><i>Mobilité :</i> <input type="checkbox"/> <i>autonome</i> <input type="checkbox"/> <i>aide partielle</i> <input type="checkbox"/> <i>dépendant (grabataire)</i></p>

<p><i>Elimination :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>continent</i> <input type="checkbox"/> <i>incontinent</i></p>	<p><i>Dispositifs médicaux spécifiques :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p> <p><i>si oui préciser :</i></p>
<p><i>Alimentation :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>autonome</i> <input type="checkbox"/> <i>aide partielle</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>aide totale</i></p>	<p><i>Troubles de la déglutition :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p>

DONNÉES SOCIALES	
<p><i>Couverture sociale</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p>	<p><i>si oui, laquelle :</i></p>
<p><i>Mutuelle :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p>	<p><i>si oui, laquelle :</i></p>
<p><i>Y a-t-il des démarches sociales en cours :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i></p>	<p><i>si oui, lesquelles :</i></p> <p><i>Personne/structure en charge du dossier (avec coordonnées) :</i></p>

TYPE DE BESOIN MEDICAL / PARAMEDICAL
<p><i>Préciser :</i></p>