

FICHE D'ORIENTATION PATIENT PTA APPORT SANTE

Tel. : 04 42 642 642

Fax : 04 42 50 97 89

Mail sécurisé : coordination@apport-sante.org

Date de la demande :

Date prévue de Retour A Domicile :

Heure : _____

DEMANDEUR

Nom / Prénom		Fonction :	
Etablissement ou Structure		Service :	
Tél. :		Mail :	
Fax :			

PATIENT

Nom de naissance		Nom d'usage :	
Prénom		Date de naissance :	
Adresse		Tel. :	
		Mail :	

RECUEIL DE DONNEES SANITAIRES

- **Date d'hospitalisation :**
- **Motif d'hospitalisation :**
- **Antécédents :**
- **Traitement en cours** (*per os, injection, pansement, O2,...*):
- **Aides déjà en place à domicile** (*matériel, repas, course, ménage,...*) : OUI NON

Si oui, préciser :

- **Taille :** _____ **Poids :** _____
- **Troubles cognitifs :** OUI NON
- **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 :

RECUEIL DE DONNEES SOCIALES

- Couverture sociale : OUI NON

Si oui, laquelle :

- Mutuelle : OUI NON

Si oui, laquelle :

- Dossier APA : OUI NON EN COURS

- Protection juridique : OUI NON EN COURS

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

Si oui, lesquelles :

PERSONNES RESSOURCES

Aidants		Infirmière libérale	
Médecin généraliste		Référents sociaux	
Médecins spécialistes		Autres	

BESOINS EN COORDINATION

- Médical (*matériel, soins paramédicaux,..*) :

- Social (*organisation du quotidien, droit,..*) :

INFORMATISATION ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre d'une orientation vers la Plateforme Territoriale d'Appui Apport Santé, les données du patient seront informatisées. Cette informatisation a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Le règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), en vigueur depuis le 25 mai 2018, renforce et unifie la protection des données pour les individus au sein de l'Union européenne. On entend par données à caractère personnel, toute information identifiant directement ou indirectement une personne physique (ex. nom, n° d'immatriculation, n° de téléphone, date de naissance, adresse...).

Conformément au Règlement européen concernant la protection des données, le patient dispose de droits sur les données personnelles le concernant (accès, modification, suppression, limitation de traitement, portabilité des données).

Je soussigné(e)

atteste que le patient, sa personne de confiance

désignée ou son représentant légal a été informé :

- Du rôle de la PTA Apport Santé,
- Du partage entre professionnels des informations nécessaires,
- De ses droits sur ses données personnelles,
- De sa possibilité de retirer son consentement à tout moment,
et a donné son consentement de manière libre et éclairé.

Signature du professionnel orientant vers la PTA :