

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 l'orientation :

ORIENTEUR

Etablissement/ organisme/ service :		En adressant une demande à la PTA Apport Santé, 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 d'Apport Santé et que votre patient peut retirer son consentement à tout moment.	
Nom / Prénom			
Profession :			
Téléphone :			

PATIENT

Nom de naissance :		Nom d'usage :	
Prénom de naissance :		Date de naissance :	
Commune de naissance :		Nationalité :	
Adresse :		Tel. :	
		Mail :	
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 :	Coordonnées :	Lien avec le patient :

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Professionnels	Prénom/ Nom	Téléphone et/ou mail	Contacté pour recueil d'information
<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"/> SSIAD			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service APA			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mandataire de justice			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre :			<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 : _____ Date de sortie prévue : _____
- Motif d'hospitalisation :

Données sanitaires :

- 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 Si oui, préciser :
- 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 :

Données sociales :

- Couverture sociale : OUI NON
Si oui, laquelle :
- Mutuelle : OUI NON
Si oui, laquelle :
- Des démarches sociales sont-elles en cours ? OUI NON
Si oui, lesquelles :

BESOINS EN COORDINATION

- Médicale (*absence de suivi médical, besoins en soins, hospitalisations répétées, besoins en matériels médicaux,...*) :
- Sociale (*organisation du quotidien, absence de droits sociaux, épuisement des aidants...*) :