

### FICHE DE SOLLICITATION

Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (D.A.C) Guadeloupe et Îles du Sud

Fiche à nous transmettre :

- Pour tous les professionnels de santé à [dac@gipraspeg.mssante.fr](mailto:dac@gipraspeg.mssante.fr)
- Pour tout autre demandeur à [dac@gip-raspeg.fr](mailto:dac@gip-raspeg.fr)
- Ou par courrier postal au **GIP-RASPEG : Immeuble le Squalé – Houëlbourg Sud II – Jarry – 97122 BAIE MAHAULT**

**Situation complexe**  
Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue comme complexe

**Éducation Thérapeutique du patient**  
Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge

Fiche réceptionnée le :    /    /20

- La personne est informée de la demande  
 La personne a consenti au partage d'informations

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR :**

Professionnel     Usager     Aidant (lien) : .....

Nom et prénom : .....    Fonction/service : .....

Tél : .....    Mail : .....

Adresse : .....

.....

**Si professionnel :** Utilisez-vous MS SANTE ?     Oui     Non

**Si le demandeur n'est pas le médecin traitant :**

Le médecin traitant est-il informé de la demande ? :     Oui     Non

Nom du Médecin traitant : .....

Tél : .....    Mail : .....

**IDENTITÉ DE L'USAGER :**     Femme     Homme     Enfant

Nom d'usage : .....    Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....    Date de naissance : ..../..../.....

Adresse : .....

.....

Numéro de SS : .....

Tél : .....    Mail : .....

**PERSONNE À CONTACTER :**     Aidant     Personne de confiance

Nom et prénom : .....    Lien : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....    Mail : .....

**Antécédents médicaux :** .....

.....

.....

.....

.....

**Précisions et contexte de la demande :** .....

.....

.....

.....

.....

**RENSEIGNER LES ÉLÉMENTS D'ALERTE CONSTATÉS**

**Environnement familial et relationnel**

- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant/ Absence d'aidant
- Isolement social
- Problématiques familiales
- Difficultés de communication
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins
- Difficultés à prendre ses décisions
- Autres : .....

**Habitat**

- Problème d'accessibilité au logement
- Isolement géographique
- Logement inadapté, vétuste ou insalubre
- Sans domicile fixe
- Expulsion ou procédure d'expulsion en cours
- Autres : .....

**Santé (physique et psychologique)**

- Pathologie(s) chronique(s) : .....
- Handicap
- Conduites addictives
- Altération de l'état général
- Troubles cognitifs ou du comportement
- Hospitalisations répétées
- Absence de suivi médical
- Refus des aides
- Refus de soins
- Autres : .....

**Vie quotidienne**

- Difficultés pour :
- La toilette
  - L'habillage
  - Les repas
  - Les courses
  - La mobilité
  - Autres : .....

**Administratifs et finances :**

- Difficultés pour la gestion financière
- Difficultés dans la gestion administrative
- Précarité financière
- Ouverture de droits
- Autres : .....

**Prise en charge spécifique**

- Diététique
- Psychologique
- Ostéopathique
- Aide à domicile
- Aide à l'hébergement (patientes des dépendances)
- Prise en charge médicamenteuse dans le cadre de l'addiction (dérogatoire à la sécurité sociale)
- Entrée en Hébergement Temporaire de Secours (HTS)

**L'utilisateur souhaite-t-il intégrer un (ou des) programme d'ETP ?**

- Diabète
- Obésité (Taille : ...m..... Pds : ...kg)
- Patient sous anticoagulant
- Troubles du sommeil – SAHOS
- Troubles respiratoires - Asthme
- HTA  Thérapeutique  Automesure

Signature de l'**usager, du représentant légal, de la personne référente ou de l'aidant**  
(Mention à recueillir)

Fait le : / /20

Signature du **demandeur**  
(Mention obligatoire)

Fait le : / /20

Cachet et Signature du **Médecin Traitant** pour la validation de l'accompagnement :  
(Mention à recueillir)

Fait le : / /20

Dans le cas d'une prise en charge d'une personne en **périnatalité**,  
**veuillez renseigner les volets suivants.**

## Dossier Médical Informatisé Patient

ASPECT SOCIAL			
<p style="text-align: center; color: red;"><b>Couverture Sociale</b></p> <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Aucune	<p style="text-align: center; color: red;"><b>Nationalité</b></p> <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Dominicaine <input type="checkbox"/> Autres : ..... <input type="checkbox"/> Haïtienne <input type="checkbox"/> Dominicaine		
<p style="text-align: center; color: red;"><b>Situation matrimoniale</b></p> <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> PACS	<p style="text-align: center; color: red;"><b>Enfants</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre d'enfants : ..... dont ..... à charge		
<p style="text-align: center; color: red;"><b>Logement</b></p> <input type="checkbox"/> Hébergée <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Provisoire ou précaire	<p style="text-align: center; color: red;"><b>Origine principale des ressources</b></p> <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Autres revenus <input type="checkbox"/> Pôle Emploi <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Sans revenus		
<p style="text-align: center; color: red;"><b>Profession</b></p> .....	<p style="text-align: center; color: red;"><b>Situation professionnelle actuelle</b></p> <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Étudiante		

ASPECT MÉDICAL			
<b>Antécédents maternels</b>			
<p style="text-align: center; color: red;"><b>Médicaux</b></p> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Addiction ( <i>précisez</i> )..... <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Psychiatrie	<p style="text-align: center; color: red;"><b>Chirurgicaux</b></p> <input type="checkbox"/> Conisation <input type="checkbox"/> Myomectomie <input type="checkbox"/> Autre : ..... <input type="checkbox"/> Cerclage		
<b>Gynécologiques</b>			
<input type="checkbox"/> Malformation utérine <input type="checkbox"/> Fibromes <input type="checkbox"/> Autre : .....			
<b>Antécédents Obstétricaux</b>			

G ..... P .....					
Année	Terme	Déroulement de la Grossesse	Issue (ANT, FC, IMG, MFIU)	Nouveau-né (sexe, poids)	Devenir de l'enfant

<b>GROSSESSE ACTUELLE</b>	
<b>Dernières règles</b> .....	<b>Début de grossesse</b> .....
<b>Terme de la grossesse</b> .....	<b>Lieu d'accouchement</b> .....
<b>Première consultation</b>	<b>Entretien Prénatal Précoce réalisé</b>
Terme de la 1 <sup>ère</sup> consultation : .....	<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>
Taille : .....	
Poids : .....	
<input type="checkbox"/> Grossesse unique <input type="checkbox"/> Grossesse multiple <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> Cerclage <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Prééclampsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Fibrome <input type="checkbox"/> Kyste ovarien <input type="checkbox"/> Placenta prævia <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Hydramnios <input type="checkbox"/> Oligoamnios <input type="checkbox"/> Métrorragies 2 <sup>ème</sup> et/ou 3 <sup>ème</sup> trimestre	
<input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Menace d'accouchement prématuré</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Non</span>	
Terme : .....	
<b>TV</b>	<b>Contractions</b>
Consistance du col : .....	<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>
Longueur du col : .....	<b>Métrorragies</b>
Ouverture : .....	<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>
<b>Echo col</b>	<b>RPM</b>
<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>	<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>
Longueur du col : .....	<b>Traitement</b>
Protrusion des membranes : <input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Non</span>	<input type="checkbox"/> Médicamenteux <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Repos</span>
Ouverture OI : <input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Non</span>	<b>Hospitalisation</b>
	<input type="checkbox"/> Oui <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Non</span>
<b>MOTIF D'INCLUSION</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Prématurité</b>	<input type="checkbox"/> <b>Difficulté d'accès aux soins</b>