

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
- Pour tout autre demandeur à 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 :

MOTIF DE LA DEMANDE
 Information, conseil, orientation Appui à la coordination d'un parcours de vie complexe
 Animation territoriale

Précisions et contexte de la demande :

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

RENSEIGNER LES ÉLÉMENTS D'ALERTES 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 ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil – SAHOS |
| <input type="checkbox"/> Obésité (Taille : ...m..... Pds :kg) | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires - Asthme |
| <input type="checkbox"/> Patient sous anticoagulant | HTA <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Automesure |

<p>Signature de l'usager, du représentant légal, de la personne référente ou de l'aidant (Mention à recueillir)</p> <p>Fait le : / /20</p>	<p>Signature du demandeur (Mention obligatoire)</p> <p>Fait le : / /20</p>	<p>Cachet et Signature du Médecin Traitant pour la validation de l'accompagnement : (Mention à recueillir)</p> <p>Fait le : / /20</p>
--	--	---

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

Dossier Médical Informatisé Patient

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

ASPECT MÉDICAL	
<p>Antécédents maternels</p>	
<p>Médicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA</p> <p><input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Psychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Addiction (<i>précisez</i>).....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Chirurgicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Conisation <input type="checkbox"/> Cerclage</p> <p><input type="checkbox"/> Myomectomie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Gynécologiques</p> <p><input type="checkbox"/> Malformation utérine <input type="checkbox"/> Fibromes <input type="checkbox"/> Autre :</p>	

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

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