



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 Squale - 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

Sécurisation du retour à domicile après la sortie d'hospitalisation

Fiche réceptionnée le : / /20 (cadre réservé au DAC)

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

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :
Professionnel Usager Responsable légal / Tuteur 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 : Féminin Masculin
Nom d'usage : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance : / /
Adresse :
Numéro de SS :
Tél : Mail :
PERSONNE À CONTACTER : Aidant Personne de confiance Responsable légal / Tuteur
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

Précision et contexte de la demande :

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

RENSEIGNER LES ÉLÉMENTS D'ALERTE CONSTATÉS

<p>Environnement familial et relationnel</p> <p><input type="checkbox"/> Épuisement et/ou incapacité de l'aidant/ Absence d'aidant</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p> <p><input type="checkbox"/> Problématiques familiales</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés de communication</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à prendre ses décisions</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p>Habitat</p> <p><input type="checkbox"/> Problème d'accessibilité au logement</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement géographique</p> <p><input type="checkbox"/> Logement inadapté, vétuste ou insalubre</p> <p><input type="checkbox"/> Sans domicile fixe</p> <p><input type="checkbox"/> Expulsion ou procédure d'expulsion en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>
<p>Santé (physique et psychologique)</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie(s) chronique(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Handicap</p> <p><input type="checkbox"/> Conduites addictives</p> <p><input type="checkbox"/> Altération de l'état général</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs ou du comportement</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de suivi médical</p> <p><input type="checkbox"/> Refus des aides</p> <p><input type="checkbox"/> Refus de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p>Vie quotidienne</p> <p>Difficultés pour :</p> <p><input type="checkbox"/> La toilette</p> <p><input type="checkbox"/> L'habillement</p> <p><input type="checkbox"/> Les repas</p> <p><input type="checkbox"/> Les courses</p> <p><input type="checkbox"/> La mobilité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>
<p>Administratifs et finances :</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés pour la gestion financière</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Précarité financière</p> <p><input type="checkbox"/> Ouverture de droits</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p>Prise en charge spécifique</p> <p><input type="checkbox"/> Diététique</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologique</p> <p><input type="checkbox"/> Ostéopathique</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à l'hébergement (patientes des dépendances)</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge médicamenteuse dans le cadre de l'addiction (dérogatoire à la sécurité sociale)</p> <p><input type="checkbox"/> Entrée en Hébergement Temporaire de Secours (HTS)</p>

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</p> <p>(Mention à recueillir)</p> <p>Fait le : / /20</p>	<p>Signature du demandeur</p> <p>(Mention obligatoire)</p> <p>Fait le : / /20</p>	<p>Cachet et Signature du Médecin Traitant pour la validation de l'accompagnement :</p> <p>(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.

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