

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 Squal - 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**

☐ **Programme de suivi de l'enfant ou adolescent en situation de surpoids et/ou d'obésité (DIPPOP)**

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 Aidant (lien) :

Nom et prénom : Fonction/service :

Tél : Mail :

Adresse :

Si professionnel : Utilisez-vous MS SANTE ? Oui Non
(transmettre en pièce jointe l'état des actions déjà réalisées via un compte-rendu d'hospitalisation / rapport social...)

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 ☐ Responsable légal ☐ Tuteur

Nom et prénom : Lien :

Adresse :

Tél : Mail :

MOTIF DE LA SOLLICITATION

- ☐ Information, conseil, orientation ☐ Appui à la coordination d'un parcours de santé
☐ Animation territoriale

Précisions et contexte de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

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 (patient(e) des Îles du Sud)
- ☐ 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
- ☐ Troubles du sommeil – SAHOS
- ☐ Troubles respiratoires – Asthme
- ☐ Patient sous anticoagulant
- ☐ HTA
- ☐ Thérapeutique
- ☐ Automesure

Si vous souhaitez un accompagnement pour un enfant en situation d'obésité (DIPPOP), merci de renseigner les informations suivantes : Poids : kg Taille :m..... (IMC :kg/m²)

Signature de l'utilisateur,
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,
Veillez renseigner les volets
suivants.

Dossier Médical Informatisé Patient

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

ASPECT MÉDICAL					
Antécédents maternels					
Médicaux ☐ Diabète ☐ Drépanocytose ☐ Addiction (<i>précisez</i>)..... ☐ Autre ☐ HTA ☐ Psychiatrie	Chirurgicaux ☐ Conisation ☐ Myomectomie ☐ Autre : ☐ Cerclage				
Gynécologiques					
☐ Malformation utérine ☐ Fibromes ☐ Autre :					
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	
Première consultation Terme de la 1 ^{ère} consultation : Taille : Poids :		Entretien Prénatal Précoce réalisé ☐ Oui ☐ Non	
☐ Grossesse unique ☐ HTA ☐ Kyste ovarien ☐ Oligoamnios		☐ Grossesse multiple ☐ Prééclampsie ☐ Placenta prævia ☐ Métorragies 2 ^{ème} et/ou 3 ^{ème} trimestre	
☐ FIV ☐ Diabète ☐ RCIU		☐ Cerclage ☐ Fibrome ☐ Hydramnios	
☐ Autre :			
Menace d'accouchement prématuré ☐ Oui ☐ Non			
Terme :			
TV Consistance du col : Longueur du col : Ouverture :		Contractions ☐ Oui ☐ Non Métorragies ☐ Oui ☐ Non	
Echo col ☐ Oui ☐ Non Longueur du col : Protrusion des membranes : ☐ Oui ☐ Non Ouverture OI : ☐ Oui ☐ Non		RPM ☐ Oui ☐ Non Traitement ☐ Médicamenteux ☐ Repos	
		Hospitalisation ☐ Oui ☐ Non	
MOTIF D'INCLUSION			
☐ Prématurité		☐ Difficulté d'accès aux soins	