

# Les thématiques et formulaires

## DE QUOI S'AGIT-IL ?

Dans un dossier de coordination, **les informations du parcours sont organisées par thématique**.  
Chaque thématique contient un ou plusieurs **formulaires** qui permettent aux professionnels du cercle de soins de **saisir, tracer, partager des informations** dans le dossier.  
Certaines thématiques sont divisées en sous-thématiques.

**L'accès aux différents formulaires** est défini par la **matrice d'habilitation**, disponible [ICI](#). En fonction de sa **profession**, un utilisateur peut donc avoir **le droit, ou pas, de :**

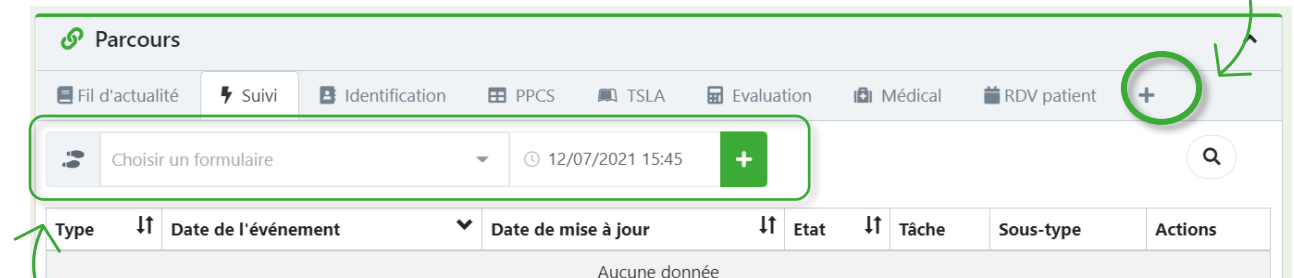
- Ouvrir, compléter un formulaire (**droit d'écriture**)
- Consulter un formulaire (**droit de lecture**)

**Lorsqu'un formulaire est ouvert** cette action est tracée dans la **ligne de vie** et le **fil d'actualité** du dossier.

## COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

Dans le dossier de coordination, les différentes thématiques ouvertes sont présentes dans la rubrique parcours sous forme d'onglet.

Une nouvelle thématique peut être ajoutée au parcours grâce à l'onglet « + ».



Dans chaque thématique, les formulaires peuvent être sélectionnés dans le menu déroulant et ajoutés, après sélection de la date, grâce au bouton +.

NB : Les thématiques SUIVI / REUNION PLURIPRO, RECUEIL DE DONNÉES MÉDICALES, RECUEIL DE DONNÉES SOCIALES sont ouvertes par défaut dans tous les dossiers de coordination.

## Thématique : SUIVI / REUNION PLURIPRO

### ❖ [Formulaire « Intervention / Réunion »](#)

Type d'évènements : Appel téléphonique, Concertation clinique, Correspondance écrite, Echange avec un partenaire, Echange intra équipe, Réunion d'Appui à la Coordination, Réunion d'équipe, Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle, Visite à domicile, Visite de l'utilisateur en dehors du domicile, Autre

### ❖ [Formulaire « Fiche d'évènement »](#)

Type d'évènements : Absence patient/usager, Hospitalisation programmée, Hospitalisation d'urgence, Hospitalisation à domicile, Hospitalisation en ambulatoire, Hospitalisation de jour, Consultation spécialiste, Autre

❖ [Formulaire « Rupture de parcours »](#) : Rupture de parcours liée à la personne concernée par la demande, Rupture de parcours liée à l'environnement du parcours de santé / Vie

❖ [Formulaire « Suivi de gestion de cas » \(MAIA\)](#)

## Thématique : EVALUATION

❖ [Formulaire « Evaluation DAC »](#)

❖ [Formulaire « Critères inclusion Réseau »](#)

❖ [Formulaire « Evaluation de la situation \(Réseau\) »](#)

❖ [Formulaire « Critères inclusion MAIA »](#)

❖ [Formulaire « OEMD – InterRAI HC »](#)

## Thématique : RECUEIL DE DONNÉES MÉDICALES

### Volet médical

❖ [Formulaire « Pathologie en cours et antécédents »](#)

❖ [Formulaire « Points de vigilance »](#)

❖ [Formulaire « Traitement »](#)

❖ [Formulaire « Directives anticipées »](#)

### Fragilité

❖ [Formulaire « Evaluation de la marche »](#)

❖ [Formulaire « Echelle de dépression »](#)

❖ [Formulaire « Evaluation nutritionnelle MNA »](#)

### Matériel Médical

❖ [Formulaire « Matériel médical »](#)

❖ [Formulaire « Aides techniques »](#)



*Cliquez sur le nom du  
formulaire pour le consulter*

## Aides Financières

- ❖ [Formulaire « Revenus »](#) : Revenu salarial, Prestations sociales (RSA, Allocation familiale, AAH, contribution ESAT, Allocation compensatrice, Majoration vie autonome), Indemnité chômage, Indemnité journalière, Prévoyance, Rente accident du travail, Pension de réversion, Pension de retraite, Pension d'invalidité, Allocation solidarité personnes âgées
- ❖ [Formulaire « Aides et prestation »](#) : APA et MDPH

## Données administratives

- ❖ [Formulaire « Documents d'identité »](#)
- ❖ [Formulaire « Couverture sociale »](#) : Sécurité sociale, ALD, mutuelle, Complémentaire Santé Solidaire (CSS), Aide médicale de l'état (AME)
- ❖ [Formulaire « Mesure de justice »](#) : Mesures de protection, Mesure de protection pour les mineurs (Autorité parentale, Mesure de protection administrative, Mesure de protection juridique)



*Cliquez sur le nom du  
formulaire pour le consulter*

## Données sociales

- ❖ [Formulaire « Environnement social et familial »](#) : Situation de la personne, Situation des parents, Descendants, Fratrie, Animaux de compagnie, Entourage du patient identifié dans le cercle de soins, Entourage du patient non-identifié dans le cercle de soins
- ❖ [Formulaire « Histoire de vie »](#)
- ❖ [Formulaire « Vie professionnelle »](#)
- ❖ [Formulaire « Scolarité »](#)
- ❖ [Formulaire « Projet de vie »](#) : Propos et souhaits de la personne, recueil d'informations auprès de l'entourage

## Vie quotidienne

- ❖ [Formulaire « Environnement / Logement »](#) : Logement (lieu de vie, accessibilité, aménagement, adaptation), Accès au domicile
- ❖ [Formulaire « Journée Type / Habitude de vie »](#) : Matin, Midi, Après-midi, Soir, Nuit
- ❖ [Formulaire « Activités essentielles et domestiques »](#)
- ❖ [Formulaire « Communication »](#) : Social (communication verbale, acuité auditive, communication écrite, acuité visuelle), Saisie InterRAI

## Thématique : PPCS

### Formulaire « PPCS »

Structuré en plusieurs rubriques :

- Recueil d'information : la personne, les intervenants
- Propos et souhaits de la personne, Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques et plans d'actions associés
- Documents du PPCS : multithématique, médicaux, psychologique, sociaux
- Bilan du PPCS



*Cliquez sur le nom du formulaire pour le consulter*

## Thématique : DEMANDE / REPONSE

- ❖ La fiche de « Demande » pour tracer les sollicitations auprès d'une équipe ressource
- ❖ La fiche « Réponse » pour tracer les réponses apportées aux sollicitations

## Thématique : TSLA

- ❖ Formulaire « Identification Spécifique TSLA »
- ❖ Formulaire « Orientation TSLA »
- ❖ Formulaire « 1er recours Parcours Rééducatif TSLA »
- ❖ Formulaire « 1er Recours Dépistage et diagnostic TSLA »
- ❖ Formulaire « Diagnostic 2nd Recours TSLA »

## Thématique : Plateforme TND

- ❖ Formulaire « Entrée de parcours TND »
- ❖ Formulaire « Parcours de soins TND »
- ❖ Formulaire « Accompagnement suivi Psychologique TND »
- ❖ Formulaire « Accompagnement Psychomotricité TND »
- ❖ Formulaire « Accompagnement Ergothérapie TND »
- ❖ Formulaire « Sortie Parcours TND »

*NB : Les formulaires des thématiques DEMANDE / REPONSE, TSLA et Plateforme TND ne sont pas consultables dans ce document pour le moment.*

← Liste des patients → PATIENT TEST FORMULAIRES → Intervention / Réunion

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Intervention / Réunion** du 03/02/2022 15:49  
Créé le 03/02/2022 15:49 - Mis à jour le 03/02/2022 15:49

### ▼ Fiche d'intervention / Réunion

#### Contexte de l'intervention / Réunion

\*Date de l'intervention  Le champ est obligatoire

Type ou mode d'intervention

Objet de l'intervention

Résumé

Durée de l'intervention en min

Transport  Oui  Non

Distance parcourue

#### Participants à l'intervention / réunion

Présence du patient  Oui  Non

Présence d'aïdants  Oui  Non

Intervention/réunion réalisée ou coordonnée par (professionnel du cercle de soins)

Intervention réalisée ou coordonnée par (structure annuaire)

Intervention réalisée ou coordonnée par (saisie manuelle)

Participants (professionnels du cercle de soins, plusieurs saisies possibles)

Participants (structure annuaire, plusieurs saisies possibles)

Autres participants (saisie manuelle)

#### Synthèse

Pièce jointe (cliquez sur enregistrer le fichier)  Aucun fichier n'a été sélectionné

Synthèse de l'intervention

## Différents types d'intervention

- Appel téléphonique
- Correspondance écrite**
- Echange avec un partenaire
- Echange intra équipe
- Visite à domicile
- Visite de l'utilisateur en dehors du domicile
- Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
- Réunion d'Appui à la Coordination
- Réunion d'équipe
- Concertation clinique
- Autre**

## ▼ Fiche d'évènement

Type d'évènement

Date de début

Date de fin

Motif

Résumé


- Absence patient/usager
- Hospitalisation programmée
- Hospitalisation d'urgence
- Hospitalisation à domicile
- Hospitalisation en ambulatoire
- Hospitalisation de jour
- Consultation spécialiste
- Autre

**Pour les différentes hospitalisations : possibilité de préciser l'établissement et le médecin**

### ▼ Hospitalisation programmée

Service

Nom du médecin responsable


 Rechercher un professionnel

**Pour la consultation spécialiste : possibilité de préciser le médecin**

### ▼ Consultation spécialiste

Service

Médecin spécialiste



 Rechercher un professionnel

Spécialité

# FORMULAIRE RUPTURE DE PARCOURS

## Volet « Administratif »

← Liste des patients > PATIENT TEST FORMULAIRES > : Rupture de parcours

 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Rupture de parcours** du 03/02/2022 16:04   
Créé le 03/02/2022 16:04- Mis à jour le 03/02/2022 16:04

- Administratif** ^
- 1 . La personne concernée par la rupture du parcours
- Synthèse** ^
- 1 . Rupture de parcours liée à la personne
- 2 . Rupture de parcours liée à l'environnement

### ▼ La personne concernée par la rupture du parcours

Age	<input type="text" value="52"/>	ans
Date du jour de l'identification de la rupture	<input type="text"/>	

# FORMULAIRE RUPTURE DE PARCOURS

## Volet « Synthèse »

### 1) Rupture de parcours liée à la personne

**Synthèse** ^

1 . Rupture de parcours liée à la personne

2 . Rupture de parcours liée à l'environnement

#### ▼ Rupture de parcours liée à la personne concernée par la demande

##### ETAT PSYCHIQUE

- Caractériser la rupture
- Comportement inadapté/inapproprié
  - Troubles de la communication
  - Troubles de l'humeur
  - Troubles cognitifs
  - Conduites addictives
  - Déficit intellectuel
  - Non respect des consignes prodiguées par les professionnels
  - Autre

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### ETAT PHYSIQUE (physique (lié pathologie, handicap etc...))

Caractériser la rupture

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### LIEE A L'ENTOURAGE

Caractériser la rupture

- Aidant en difficulté (épuisé, dépassé ou fragile)
- Faiblesse du réseau familial ou social
- Situation de maltraitance
- Isolement géographique
- Isolement culturel
- Autre

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### CONDITIONS SOCIOECONOMIQUE

Caractériser la rupture

- Problématique financière
- Problématique administrative (pas de papiers d'identité, accès aux droits...)
- Habitat précaire ou inadapté
- Autre

Préciser

Lieu / secteur géographique (CP/Ville)

Joindre un document

Choisir un fichier



# FORMULAIRE RUPTURE DE PARCOURS

## Volet « Synthèse »

### 2) Rupture de parcours liée à l'environnement

#### Synthèse

1 . Rupture de parcours liée à la personne

**2 . Rupture de parcours liée à l'environnement**

#### ▼ Rupture de parcours liée à l'environnement du parcours de santé / Vie

##### INSUFFISANCE DE RESSOURCES EN PROFESSIONNELS DE SOINS

- Caractériser la rupture
- Absence de professionnels de services et d'aide à domicile
  - Absence de professionnels formés aux besoins spécifiques identifiés
  - Pas de déplacement du médecin traitant à domicile
  - Pas de médecin traitant
  - Pas ou manque d'intervenant paramédical
  - Retrait des professionnels pour les soins de nursing
  - Autre

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### INSUFFISANCE DE RESSOURCES EN PROFESSIONNELS DE SOCIAUX

Caractériser la rupture

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### INSUFFISANCE DE RESSOURCES EN DISPOSITIFS DE SOCIAUX

- Caractériser la rupture
- Structure inadaptée pour la situation de la personne (âge...)
  - Structure manquante pour prise en charge spécifique
  - Autre

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

##### INSUFFISANCE AUTRES RESSOURCES

Caractériser la rupture

Lieu (CP/Ville)

Secteur géographique

Conséquences / solutions imaginées /  
temporaires

Joindre un document

Choisir un fichier

Aucun fichier n'a été sélectionné

Enregistrer le fichier

# FORMULAIRE CRITERES D'INCLUSION RESEAUX

Volet Administratif : 1) Etat de dossier 2) ALD  
3) Lieu d'hospitalisation souhaité

 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Critères d'inclusion Réseaux** du 04/02/2022 09:05 ✕

Créé le 04/02/2022 09:06- Mis à jour le 04/02/2022 09:06

Administratif ^

1 . Etat de dossier

2 . ALD

3 . Lieu d'hospitalisation souhaitée

Evaluation ^

1 . Critère de validation de l'inclusion dans le réseau

2 . Statuts OMS

3 . Indice de Karnofsky

4 . Suivi des réunions

### Etat du dossier en cours

Etat du dossier  

Motif

### Affections Longue Durée (ALD)

#### ALD

Bénéficiaire ALD   Oui  Non  En cours de demande

Date de la demande  

Combien d'ALD souhaitez-vous saisir ?  ▼

### Lieu d'hospitalisation souhaitée

Lieu d'hospitalisation souhaitée

### 1) Critère de validation de l'inclusion dans le réseau

Evaluation

1. Critère de validation de l'inclusion dans le réseau

2. Statuts OMS

3. Indice de Karnofsky

4. Suivi des réunions

#### ▼ Critère de validation de l'inclusion dans le réseau

##### Validation de l'inclusion dans le réseau

Date de l'inclusion

Lieu de l'inclusion

Date prévisionnelle de sortie

Signature acte

- Acte de consentement du patient
- Acte d'adhésion du médecin
- Acte d'adhésion des infirmiers

Critères médico-psycho-sociaux

- Activité physique adaptée
- Inclusion en niveau 2
- Maladie rare génétiques ou autre
- Pathologies : Affections neurologiques dégénératives évoluées en cours d'aggravation
- Pathologies : Cancer métastatique ou échappant aux traitements adaptés (validés en RCP)
- Pathologies : Cancer nécessitant des soins de support transitoires quel que soit le stade de la maladie
- Pathologies : HIV échappant aux traitements spécifiques adaptés
- Pathologies : Insuffisance fonctionnelle sévère d'organe (Pulmonaires, rénal, hépatique, cardiaque) - ne répondant pas aux traitements adaptés
- Pathologies : Pathologie aigue potentiellement mortelle et non curable
- Polypathologie du sujet agé fragile
- Problématique sociale complexe
- Pronostic vital réservé à court terme
- Souffrance psychologique majeure du malade et/ou de l'entourage
- Symptômes majeurs d'inconfort : Altération majeure de l'état cutané
- Symptômes majeurs d'inconfort : Autres symptômes
- Symptômes majeurs d'inconfort : Douleur complexe et/ou rebelle
- Symptômes majeurs d'inconfort : Symptômes digestifs complexes
- Symptômes majeurs d'inconfort : symptômes neurologiques et neuropsychiatriques
- Symptômes majeurs d'inconfort : Symptômes respiratoires complexes

##### Modalité de suivi

Modalité de suivi

- Liaison téléphonique hebdomadaire
- Réunion mensuelle de suivi programmée
- Réunion de suivi à la demande
- Visite à domicile

##### Continuité de soins

Continuité de soins

- Prise en charge par médecin traitant ou remplaçant
- Régulation téléphonique par le médecin référent de l'équipe mobile
- Intervention du médecin référent de l'équipe mobile sur situation exceptionnelle
- Coordination SAMU-Centre 15 par le médecin référent de l'équipe mobile
- Autres

##### Information sur la Non Inclusion

Date de non inclusion

- Motif de la non inclusion
- Absence d'entourage aidant
  - Décès avant inclusion en hospitalisation
  - Décès avant inclusion sur le lieu de vie
  - Habitat inadapté
  - Hors département
  - Indisponibilité de l'équipe de proximité
  - Indisponibilité des services d'aide à domicile
  - Non respect des critères d'inclusion
  - Pas de sortie d'hospitalisation envisagée
  - Pas de suite donnée
  - PEC HAD
  - Refus de la famille
  - Refus du patient


# FORMULAIRE CRITERES D'INCLUSION RESEAUX

 Evaluation

Volet Evaluation

2) Statuts OMS

3) Indice de Karnofsky

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Critères d'inclusion Réseaux du 04/02/2022 09:05  
Créé le 04/02/2022 09:06- Mis à jour le 04/02/2022 09:06

- Administratif**
  - 1 . Etat de dossier
  - 2 . ALD
  - 3 . Lieu d'hospitalisation souhaitée
- Evaluation**
  - 1 . Critère de validation de l'inclusion dans le réseau
  - 2 . Statuts OMS**
  - 3 . Indice de Karnofsky
  - 4 . Suivi des réunions

### Statut OMS

Statut OMS

- 0 - Activité normale
- 2 - Moins de 50% de temps au lit. Autonomie conservée
- 1 - Besoin de repos. Vie normale mais limitation
- 3 - Plus de 50% de temps au lit. Dépendance pour le couché
- 4 - Alité en permanence
- 5 - DCD

### Indice de Karnofsky

Indice de Karnofsky

- 100% - Normal, pas de signe de maladie
- 90% - Peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
- 80% - Peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
- 70% - Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
- 60% - Nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
- 50% - Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
- 40% - Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
- 30% - Sévèrement handicapé, dépendant
- 20% - Très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
- 10% - Moribond irréversible, processus fatal progressant rapidement
- 0% - Mort

Volet Evaluation  
4) Suivi des réunions
 PATIENT TEST FORMULAIRES - Critères d'inclusion Réseaux du 04/02/2022 09:05

Créé le 04/02/2022 09:06- Mis à jour le 04/02/2022 09:06

## Administratif

1 . Etat de dossier

2 . ALD

3 . Lieu d'hospitalisation souhaitée

## Evaluation

1 . Critère de validation de l'inclusion dans le réseau

2 . Statuts OMS

3 . Indice de Karnofsky

## 4 . Suivi des réunions

## Suivi des réunions

## Première réunion

Date de la 1ère  
réunion

Participants à la  
réunion

- Assistant social
- Association d'aide à domicile
- Equipe H.A.D
- Equipe soignante EHPAD
- Infirmier de l'équipe mobile
- Infirmier libéral
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Médecin traitant
- Pharmacien
- Prestataire
- Psychologue
- SSIAD
- Bénévole
- Entourage
- Patient/Usager

## Deuxième réunion

Date de la 2ème  
réunion

Participants à la  
réunion

- Assistant social
- Association d'aide à domicile
- Equipe H.A.D
- Equipe soignante EHPAD
- Infirmier de l'équipe mobile
- Infirmier libéral
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Médecin traitant
- Pharmacien
- Prestataire
- Psychologue
- SSIAD
- Bénévole
- Entourage
- Patient/Usager

## Synthèse des deux réunions

Synthèse




# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

 Evaluation


## Volet Administratif

- 1) Personne de confiance
- 2) Mesures de protection

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Evaluation de la situation (Réseaux) du 04/02/2022 09:29  
Créé le 04/02/2022 09:29- Mis à jour le 04/02/2022 09:29

**Administratif** ^

- 1 . Personne de confiance
- 2 . Mesures de protection

Personne de confiance  Rechercher un professionnel

Recherche dans le cercle de soins


**Administratif** ^

- 1 . Personne de confiance
- 2 . Mesures de protection

## ▼ Mesures de protection

### Mesures de protection

Mesure de protection  Oui  
 Non  
 Demande en Cours

Date de début de la mesure de justice  

Date de fin de la mesure de justice  

- Si Oui
- Aide éducative
  - Curatelle
  - Habilitation familiale
  - Habilitation judiciaire pour représentant conjoint
  - Mandat de protection future
  - Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)
  - Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)
  - Placement de l'enfant
  - Sauvegarde de justice
  - Tutelle

Commentaires

### Réfèrent de la mesure de protection

Nom et Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Adresse mail

Possède les clés  Oui  
 Non

Heure de permanence

Structure

Commentaires

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

## Volet Evaluation

- 1) Date de l'évaluation
- 2) Participants à l'évaluation
- 3) Localisation de la personne lors de l'évaluation

- Administratif**
  - 1 . Personne de confiance
  - 2 . Mesures de protection
- Evaluation**
  - 1 . **Date de l'évaluation**
  - 2 . Participants à l'évaluation
  - 3 . Localisation de la personne lors de l'évaluation
  - 4 . Recueil de besoins fondamentaux perturbés
  - 5 . Statuts OMS
  - 6 . Indice de Karnofsky
- Médical**
  - 1 . Pathologie Active
  - 2 . Histoire de la maladie avant l'inclusion
  - 3 . Antécédents médicaux et chirurgicaux

### Date de l'évaluation

Date 04/02/2022

### Participants à l'évaluation

#### Participant à l'évaluation

Cocher les participants à l'évaluation

- Assistant social
- Equipe Appui
- Equipe HAD
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier de l'équipe mobile
- Gestionnaire de cas MAIA
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Psychologue
- Autre

#### Evaluateurs (professionnel ou structure)

Plusieurs saisies possibles

 Rechercher un professionnel

### Localisation de la personne lors de l'évaluation

Localisation de la personne lors de l'évaluation

- Domicile
- Etablissement sanitaire
- Etablissement médico-social pour personne handicapée
- Etablissement médico-social pour personne âgées
- Autre

Commentaires

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

## Volet Evaluation

### 4) Recueil des besoins fondamentaux perturbés

### 5) Statuts OMS

### 6) Indice de Karnofsky

**Administratif** ^

1 . Personne de confiance

2 . Mesures de protection

**Evaluation** ^

1 . Date de l'évaluation

2 . Participants à l'évaluation

3 . Localisation de la personne lors de l'évaluation

**4 . Recueil de besoins fondamentaux perturbés**

5 . Statuts OMS

6 . Indice de Karnofsky

**Médical** ^

1 . Pathologie Active

2 . Histoire de la maladie avant l'inclusion

3 . Antécédents médicaux et chirurgicaux

4 . Allergies, intolérances

5 . Evaluation de la douleur

6 . Symptômes d'inconfort

7 . Matériel médical

8 . Aides techniques

**Saisie InterRAI** v

### Recueil des besoins fondamentaux perturbés

Respirer

Manger

Dormir, se reposer

Eliminer

Se vêtir

Se mouvoir

Se laver

S'occuper au vue de se réaliser

Etat cutané

Vigilance / Communication

Asthénie

Moral

Douleur

### Statut OMS

Statut OMS

- 0 - Activité normale
- 2 - Moins de 50% de temps au lit. Autonomie conservée
- 1 - Besoin de repos. Vie normale mais limitation
- 3 - Plus de 50% de temps au lit. Dépendance pour le couché
- 4 - Alité en permanence
- 5 - DCD

### Indice de Karnofsky

Indice de Karnofsky

- 100% - Normal, pas de signe de maladie
- 90% - Peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
- 80% - Peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
- 70% - Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
- 60% - Nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
- 50% - Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
- 40% - Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
- 30% - Sévèrement handicapé, dépendant
- 20% - Très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
- 10% - Moribond irréversible, processus fatal progressant rapidement
- 0% - Mort



# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

 Evaluation

## Volet Médical

- 1) Pathologie active
- 2) Histoire de la maladie avant l'inclusion
- 3) Antécédents médicaux et chirurgicaux

0. Paramètres de navigation

**Médical** ^

1. Pathologie Active
2. Histoire de la maladie avant l'inclusion
3. Antécédents médicaux et chirurgicaux
4. Allergies et médicaments

### Histoire de la maladie avant l'inclusion

Histoire de la maladie


### ▼ Pathologie Active

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives  
et servent uniquement à la coordination

Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.

Combien de pathologies souhaitez-vous saisir ?

1. Pathologie/Affection

Date début de l'affection   Préciser

Autres pathologies non référencées

### ▼ Saisie des informations

Les informations saisies dans ce formulaire sont à visée  
de partage et de coordination.  
Elles sont non exhaustives.

### ▼ Antécédents Chirurgicaux

Combien d'antécédents chirurgicaux souhaitez-vous saisir ?

Date  Mois  Année

Intervention

### ▼ Antécédents Médicaux

Combien d'antécédents médicaux souhaitez-vous saisir ?


Date  Mois  Année

Pathologie

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEaux)

## Volet Médical

- 4) Allergies, Intolérances
- 5) Evaluation de la douleur

 Evaluation

- 6 . Indice de Karnofsky
- Médical** ^
- 1 . Pathologie Active
- 2 . Histoire de la maladie avant l'inclusion
- 3 . Antécédents médicaux et chirurgicaux
- 4 . Allergies, intolérances**
- 5 . Evaluation de la douleur
- 6 . Symptômes d'inconfort
- 7 . Matériel médical
- 8 . Aides techniques
- Saisie InterRAI** v
- 1 . Section N. Traitements et programmes
- Social** ^
- 1 . Contexte social
- 2 . Projet de vie

### ▼ Allergies et Intolérances

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives  
et servent uniquement à la coordination

*Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.*

Combien d'allergies/Intolérance souhaitez-vous saisir ?

1. Allergie/Intolérance

Manifestation  Date début

Date de fin

Sévérité  Statut

Préciser

### 5 . Evaluation de la douleur

#### Evaluateur

Nom de l'évaluateur

Prénom de l'évaluateur

#### Evaluation de la douleur

Avez-vous mal ?  Oui  Non

Commentaires

Conclusion

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

## Volet Médical

### 6) Symptômes d'inconfort

6 . Indice de Karnofsky

**Médical** ^

1 . Pathologie Active

2 . Histoire de la maladie avant l'inclusion

3 . Antécédents médicaux et chirurgicaux

4 . Allergies, intolérances

5 . Evaluation de la douleur

**6 . Symptômes d'inconfort**

7 . Matériel médical

8 . Aides techniques

**Saisie InterRAI** v

1 . Section N. Traitements et programmes

**Social** ^

1 . Contexte social

2 . Projet de vie

**Psychologique** ^

1 . Contexte psychologique

#### Symptômes d'inconfort

**Douleur**

- Nociceptive
- Neuropathique
- Induite par les soins
- Autre

Commentaires

**AEG**

- Asthénie
- Anorexie
- Amaigrissement
- Cachexie
- Autre

Commentaires

**Troubles digestifs**

- Nausées, vomissements
- Diarrhée
- Constipation
- Fécalome
- Occlusion
- Dysphagie
- Ictère
- Ascite
- Mélaena
- Hématémèse
- Hoquet
- Autre

Commentaires

**Troubles neurologiques**

- Déficit moteur
- Troubles de l'élocution, aphasie
- Troubles cognitifs
- Confusion
- Hallucinations
- Convulsions
- Agitation
- Autre

Commentaires

**Troubles urinaires**

- Dysurie
- Rétention urinaire
- Incontinence
- Hématurie
- Autre

Commentaires

**Troubles de la déglutition**

- Aux liquides
- Aux solides
- Autres

Commentaires

**Troubles psychologiques**

- Anxiété
- Etat dépressif
- Troubles du comportement
- Autre

Commentaires

**Troubles cutanéomuqueux**

- Sécheresse de la bouche
- Ulcérations buccales
- Prurit
- Escarres
- Plaies
- Autres

Commentaires

**Troubles de l'hydratation**

- Déshydratation
- OMI
- Lymphoedèmes
- Anasarque
- Autre

Commentaires

**Saignements**

- Hématurie
- Hémoptysies
- Mélaena
- Hématémèse
- Autres

Commentaires

**Troubles du sommeil**

- Insomnie
- Inversion du cycle nyctéméral
- Somnolence
- Autres

Commentaires

Commentaires complémentaires

3. Localisation de la personne lors de l'évaluation

4. Recueil de besoins fondamentaux perturbés

5. Statuts OMS

6. Indice de Karnofsky

**Médical** ^

1. Pathologie Active

2. Histoire de la maladie avant l'inclusion

3. Antécédents médicaux et chirurgicaux

4. Allergies, intolérances

5. Evaluation de la douleur

6. Symptômes d'inconfort

**7. Matériel médical**

8. Aides techniques

**Saisie InterRAI** v

1. Section N. Traitements et programmes

**Social** ^

1. Contexte social

2. Projet de vie

**Psychologique** ^

1. Contexte psychologique

**Synthèse** ^

1. Synthèse de l'évaluation

2. Niveaux d'intervention

**Matériel médical**

**Alimentation**

**Alimentation par sonde**

Etat de l'évaluation

**Stomie digestive**

Etat de l'évaluation

**Pompe à nutrition**

Etat de l'évaluation

**Diabète**

**Pompe à insuline**

Etat de l'évaluation

**Lecteur glycémie**

Etat de l'évaluation

**Nécessaire incontinence**

Etat de l'évaluation

**Sonde urinaire**

Etat de l'évaluation

**Perfusion**

**Chambre Implantable (PAC)**

Etat de l'évaluation

**Pompe PCA**

Etat de l'évaluation

**PICC Line**

Etat de l'évaluation

**Pompe à perfusion**

Etat de l'évaluation

Autre, préciser

**Respiration**

**Oxygène**

Etat de l'évaluation

**Assistance Respiratoire**

Etat de l'évaluation

**Aspiration Mucosités**

Etat de l'évaluation

**Nébuliseur**

Etat de l'évaluation

**Autres matériel médical**

Autres

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEaux)

## Volet Médical

### 8) Aides techniques

3. Localisation de la personne lors de l'évaluation

4. Recueil de besoins fondamentaux perturbés

5. Statuts OMS

6. Indice de Karnofsky

**Médical**

1. Pathologie Active

2. Histoire de la maladie avant l'inclusion

3. Antécédents médicaux et chirurgicaux

4. Allergies, intolérances

5. Evaluation de la douleur

6. Symptômes d'inconfort

7. Matériel médical

**8. Aides techniques**

**Saisie InterRAI**

1. Section N. Traitements et programmes

**Social**

1. Contexte social

2. Projet de vie

**Psychologique**

1. Contexte psychologique

**Synthèse**

1. Synthèse de l'évaluation

### Evaluateur

Nom et prénom de l'évaluateur

Date de l'évaluation

### Aides techniques

#### Matériel de lit

Lit médicalisé

Barrières de lit

Matelas à air

Matelas anti-escarres

Matelas à mémoire de forme

Mis à disposition

Commentaires

#### Matériel de mobilisation

Barre d'appui  mise à disposition

Canne

Déambulateur  Fauteuil roulant

Monte escalier

Commentaires

### Matériel de Transfert

Lève-malade

Verticalisateur

Disque/Guidon de transfert

Drap de glisse

Commentaires

### Prévention

Coussin anti-escarres

Télé-alarme

Commentaires

### Fauteuil de repos

Fauteuil coquille

Fauteuil de confort

Fauteuil de repos

Fauteuil releveur

Commentaires

### Salle de bain

Fauteuil Pivotant de Bain

Planche de transfert

Tabouret / siège de douche

Commentaires

### Toilettes

Réhausseur WC

Fauteuil Montauban

Commentaires

### Autres aides techniques

Autres

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX)

## Volet Saisie InterRAI : Section N. Traitements et programmes

Saisie InterRAI

1 . Section N. Traitements et programmes

### Traitements et programmes

#### Prévention

- |  |   |
|--|---|
| Mesure de la TA durant la DERNIERE ANNEE <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui                     | Coloscopie durant les 10 DERNIERES ANNEES <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui     |
| Examen dentaire/visite durant la DERNIERE ANNEE <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui              | Examen oculaire durant les 2 DERNIERES ANNEES <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui |
| Examen auditif durant les 3 DERNIERES ANNEES <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui                 | Vaccin antigrippal durant la DERNIERE ANNEE <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui   |
| Mammographie durant les 2 DERNIERES ANNEES (pour les femmes) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | Vaccin anti-pneumonique à 65 ans ou plus <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui      |

#### Traitements et programmes reçus ou prescrits durant les 3 derniers jours

- |  |  |
|--|--|
| Chimiothérapie <input type="text"/>                | Dialyse <input type="text"/>                             |
| Contrôle d'une infection <input type="text"/>      | Médication intra-veineux <input type="text"/>            |
| Oxygénothérapie <input type="text"/>               | Radiothérapie <input type="text"/>                       |
| Aspiration <input type="text"/>                    | Soins de trachéotomie <input type="text"/>               |
| Transfusion <input type="text"/>                   | Ventilation ou respiration assistée <input type="text"/> |
| Soins de plaie <input type="text"/>                | Tout programme pour les mictions <input type="text"/>    |
| Programme de soins palliatifs <input type="text"/> | Programme de changement de position <input type="text"/> |

#### Traitement en cours

Préciser

Dernières prescriptions  Aucun fichier n'a été sélectionné

#### Services professionnels

Nombre de jours et total de minutes durant les 7 derniers jours.

	Nombre de jours	Total de minutes durant les 7 derniers jours
Aide soignante/ auxiliaire de vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aides ménagères, aides à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portage de repas à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinésithérapeute	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergothérapeute	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orthophoniste ou audioprothésiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychothérapeute, tout professionnel diplômé en santé mentale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre - personne non qualifiée rémunérée, accueil de jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Recours à l'hospitalisation, au service d'urgence, visites de médecin

Codez le nombre de fois durant les 90 derniers jours ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours.

- Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation
- Service d'urgence
- Visite de médecin
- Contention physique  Non  Oui

#### Commentaire

Volet Social

- 1) Contexte social
- 2) Projet de vie

Volet Psychologique

**Social** ^

- 1 . Contexte social
- 2 . Projet de vie

**Psychologique** ^

- 1 . Contexte psychologique

▼ Contexte social

Le contexte social

▼ Contexte psychologique

Le contexte psychologique

▼ Projet de vie de la personne

**Propos et souhaits de la personne**

Expression  Orale  Ecrite  Incapacité à s'exprimer

Date

Recueilli par ?

Besoins exprimés

Problèmes ressentis

Projets personnels envisagés

**Recueil d'informations auprès de l'entourage**

Date

Recueilli par ?

Auprès de

Lien avec la personne

Besoins exprimés par l'entourage

Problèmes ressentis par l'entourage

Attentes exprimées par l'entourage

Ces informations peuvent être renseignées et recopiées depuis un autre formulaire du dossier (ex- le formulaire PPCS)

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA SITUATION (RESEAUX) Volet Synthèse

## Synthèse

### 1 . Synthèse de l'évaluation

### 2 . Niveaux d'intervention Réseaux

#### ▼ Synthèse de l'évaluation

La synthèse de l'évaluation

#### ▼ Niveaux d'interventions des réseaux

##### Quel est le niveau d'intervention du patient ?

- Niveau d'intervention
- Niveau 1
  - Niveau 2
  - Niveau 3
  - Niveau 4
  - APA Sport et Cancer

Commentaires

#### Niveau 1

**Niveau 1 :** Intervention téléphonique d'un ou plusieurs membres de l'équipe de coordination para-médico-psycho-sociale permettant de réaliser une primo-évaluation

Date d'entrée en niveau 1

Commentaires

#### Niveau 2

**Niveau 2 :** Situation nécessitant une évaluation physique réalisée par l'équipe para-médico-psycho-sociale auprès du patient.

Date d'entrée en niveau 2

Commentaires

#### Niveau 3

**Niveau 3 :** Intervention requise par l'équipe pluridisciplinaire du réseau dans l'optique d'organiser, structurer et fluidifier le parcours de santé.

✓ **Elaboration d'une RCP** (Réunion de Coordination/Concertation Pluriprofessionnelle) réalisée par une équipe du réseau ainsi que les acteurs de la prise en charge.

✓ **Elaboration d'un PPCS** (Plan personnalisé de coordination en santé). Le PPCS est un plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité. Ce dernier doit être validé par le médecin traitant.

Date d'entrée en niveau 3

Commentaires

#### Niveau 4

**Niveau 4 :** Intervention requise du médecin et/ou situation nécessitant une démarche décisionnelle éthique.

✓ **Expertise médicale à domicile :** Evaluation médicale du patient sur son lieu de vie et proposition thérapeutique élaborées par le médecin du réseau.

✓ **Procédure collégiale éthique/ Démarche de décision éthique :** Action ponctuelle organisée et formalisée. Médiation animée par l'équipe du réseau dans le cadre d'une problématique/ dissensus éthique

Date d'entrée en niveau 4

Commentaires

#### Niveau APA Sport et Cancer

Date d'entrée en niveau APA Sport et Cancer

Commentaires



# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 1) Pathologie Active

### Médical

#### 1 . Pathologie Active

2 . Antécédents médicaux et chirurgicaux

3 . Antécédents familiaux

4 . Allergies, intolérances

5 . Facteurs de risque

### Pathologie Active

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives

et servent uniquement à la coordination

*Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.*

Combien de pathologies souhaitez-vous saisir ?

1

1. Pathologie/Affection

Date début de l'affection



Préciser

Autres pathologies non référencées

# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 2) Antécédents médicaux et chirurgicaux

### Médical

- 1. Pathologie Active
- 2. Antécédents médicaux et chirurgicaux**
- 3. Antécédents familiaux
- 4. Allergies, intolérances
- 5. Facteurs de risque

### Saisie des informations

Les informations saisies dans ce formulaire sont à visée de partage et de coordination. Elles sont non exhaustives.

#### Antécédents Chirurgicaux

Combien d'antécédents chirurgicaux souhaitez-vous saisir ?

Date  Mois  Année  Intervention

#### Antécédents Médicaux

Combien d'antécédents médicaux souhaitez-vous saisir ?

Date  Mois  Année  Pathologie

# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 3) Antécédents familiaux

### Médical ^

- 1 . Pathologie Active
- 2 . Antécédents médicaux et chirurgicaux
- 3 . Antécédents familiaux**
- 4 . Allergies, intolérances
- 5 . Facteurs de risque

### Antécédents Familiaux

Pathologie	<input type="text"/>
Lien de parenté	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Grand-père <input type="radio"/> Grand-mère <input type="radio"/> Frère <input type="radio"/> Soeur <input type="radio"/> Autre
Pathologie	<input type="text"/>
Lien de parenté	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Grand-père <input type="radio"/> Grand-mère <input type="radio"/> Frère <input type="radio"/> Soeur <input type="radio"/> Autre

# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 4) Allergies, Intolérances

### Médical

1 . Pathologie Active

2 . Antécédents médicaux et chirurgicaux

3 . Antécédents familiaux

**4 . Allergies, intolérances**

5 . Facteurs de risque

### ▼ Allergies et Intolérances

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives

et servent uniquement à la coordination

*Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.*

Combien d'allergies/Intolérance  
souhaitez-vous saisir ?

1

1. Allergie/Intolérance

Manifestation

Date début

Date de fin

Sévérité

Statut

Préciser

# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 4) Allergies, Intolérances

- Médical
- 1 . Pathologie Active
- 2 . Antécédents médicaux et chirurgicaux
- 3 . Antécédents familiaux
- 4 . Allergies, intolérances**
- 5 . Facteurs de risque

### Allergies et Intolérances

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives

et servent uniquement à la coordination

*Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.*

Combien d'allergies/Intolérance souhaitez-vous saisir ?

1. Allergie/Intolérance

Manifestation

Date début

Date de fin

Sévérité

Statut

Préciser

- Hypersensibilité immunologique suite à une exposition
- Réaction adverse suite à une exposition
- Allergie à un produit pharmaceutique
- Allergie autre qu'un médicament ou aliment
- Allergie alimentaire
- Réaction adverse à un médicament
- Réaction adverse environnementale
- Réaction adverse à un aliment
- Hypersensibilité non immunologique à médicament
- Hypersensibilité non immunologique environnementale
- Hypersensibilité non immunologique à aliment

# FORMULAIRE PATHOLOGIE EN COURS ET ANTÉCÉDENTS

## 5) Facteurs de risques

### Médical

- 1. Pathologie Active
- 2. Antécédents médicaux et chirurgicaux
- 3. Antécédents familiaux
- 4. Allergies, intolérances
- 5. Facteurs de risque

#### Les facteurs de risque

Les informations saisies dans ce formulaire sont non exhaustives  
et servent uniquement à la coordination



##### Habitude, Mode de vie

- Consommation de tabac
- Consommation de substances
- Consommation d'alcool
- Régime
- Sédentarité

Précisions par rapport à ces éléments


##### Exposition non professionnelle à d'autres produits toxiques

Produit Toxique

Date de début   Date de fin  

#### Facteurs de risque professionnels

#### Antécédents familiaux


Date  

Type de l'observation

Pathologie  Lien de parenté

## FORMULAIRE POINTS DE VIGILANCE



 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Points de vigilance** du 03/02/2022 17:34



Créé le 03/02/2022 17:34- Mis à jour le 03/02/2022 17:34

### Décrire les points de vigilance

*Les points de vigilance sont des points ajoutés par le médecin traitant, dans un format textuel, pour attirer l'attention sur les points importants de l'état de santé de son patient.*

Points de vigilance

# FORMULAIRE TRAITEMENTS

**Traitement en cours**

Préciser

Dernières prescriptions  Aucun fichier n'a été sélectionné


**Services professionnels**


*Nombre de jours et total de minutes durant les 7 derniers jours.*


	Nombre de jours	Total de minutes durant les 7 derniers jours
Aide soignante/ auxiliaire de vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aides ménagères, aides à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portage de repas à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinésithérapeute	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergothérapeute	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orthophoniste ou audioprothésiste	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychothérapeute, tout professionnel diplômé en santé mentale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre - personne non qualifiée rémunérée, accueil de jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Recours à l'hospitalisation, au service d'urgence, visites de médecin**

*Codez le nombre de fois durant les 90 derniers jours ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours.*

Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation  Service d'urgence 

Visite de médecin 

Contention physique   Non  Oui

**Traitements et programmes**

**Prévention**

Mesure de la TA durant la DERNIERE ANNEE  Non  Oui

Examen dentaire/visite durant la DERNIERE ANNEE  Non  Oui

Examen auditif durant les 3 DERNIERES ANNEES  Non  Oui

Mammographie durant les 2 DERNIERES ANNEES (pour les femmes)  Non  Oui

Coloscopie durant les 10 DERNIERES ANNEES  Non  Oui


Examen oculaire durant les 2 DERNIERES ANNEES  Non  Oui

Vaccin antigrippal durant la DERNIERE ANNEE  Non  Oui

Vaccin anti-pneumonique à 65 ans ou plus  Non  Oui

**Traitements et programmes reçus ou prescrits durant les 3 derniers jours**

Chimiothérapie

Contrôle d'une infection 

Oxygénothérapie

Aspiration

Transfusion

Soins de plaie

Programme de soins palliatifs

Dialyse

Médication intra-veineux

Radiothérapie

Soins de trachéotomie

Ventilation ou respiration assistée


Tout programme pour les mictions

Programme de changement de position

Non reçu, non prescrit  
Prescrit, pas encore mis en œuvre  
1-2 des 3 derniers jours  
Quotidien



## FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Directives anticipées** du 03/02/2022 17:41  
Créé le 03/02/2022 17:41- Mis à jour le 03/02/2022 17:41

### ▼ Directives anticipées

Le patient a-t-il donné des directives anticipées ?	<input type="radio"/> Non abordé <input checked="" type="radio"/> Existantes <input type="radio"/> Envisagées par le patient <input type="radio"/> Ne souhaite pas s'en saisir
Lieu de conservation du document	<input type="text"/>

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA MARCHÉ

- 1) Date de l'évaluation
- 2) Participants à l'évaluation


[Fil d'actualité](#) [Suivi / Réunion](#) [Recueil de données Sociales](#) [Recueil de données Médicales](#)

[Volet médical](#) [Fragilité](#) [Matériel Médical](#)

### Evaluation

- 1. Date de l'évaluation
- 2. Participants à l'évaluation
- 3. Evaluation de la marche et risque de chute

## Date de l'évaluation

Date  

### Evaluation

- 1. Date de l'évaluation
- 2. Participants à l'évaluation
- 3. Evaluation de la marche et risque de chute

## Participants à l'évaluation

### Participant à l'évaluation

Cocher les participants à l'évaluation

- Assistant social
- Equipe Appui
- Equipe HAD
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier de l'équipe mobile
- Gestionnaire de cas MAIA
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Psychologue
- Autre

## Evaluateurs (professionnel ou structure)

Plusieurs saisies possibles [Rechercher un professionnel](#)

# FORMULAIRE EVALUATION DE LA MARCHÉ

## 3) Evaluation de la marche et risque de chute

Fil d'actualité   Suivi / Réunion   Recueil de données Sociales   Recueil de données Médicales

Volet médical   Fragilité   Matériel Médical

Evaluation	
1 . Date de l'évaluation	
2 . Participants à l'évaluation	
3 . Evaluation de la marche et risque de chute	

### Evaluation de la marche

Inviter la personne à se lever d'un fauteuil avec accoudoirs  Fait  Ne fait pas  Non réalisable

Inviter la personne à traverser la pièce - distance de 3 mètres  Fait  Ne fait pas  Non réalisable

Inviter la personne à faire demi-tour  Fait  Ne fait pas  Non réalisable

Inviter la personne à revenir s'asseoir  Fait  Ne fait pas  Non réalisable

Temps nécessaire (s)

Score total (/4)

*Interprétation : risque de chute si score  $\leq 1$  et temps de réalisation  $> 20$  secondes.  
On note également des lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante..*

Commentaires

### Evaluation du risque de chute

*Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.*

Pied droit  Fait  Ne fait pas

Pied gauche  Fait  Ne fait pas

Résultat

### Commentaires

Commentaires

# FORMULAIRE ECHELLE DE DEPRESSION

**Evaluation** ^

1 . Date de l'évaluation

2 . Participants à l'évaluation

3 . Echelle de dépression

## Date de l'évaluation

Date

**Evaluation** ^

1 . Date de l'évaluation

2 . Participants à l'évaluation

3 . Echelle de dépression

## Participants à l'évaluation


### Participant à l'évaluation

Cocher les participants à l'évaluation

- Assistant social
- Equipe Appui
- Equipe HAD
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier de l'équipe mobile
- Gestionnaire de cas MAIA
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Psychologue
- Autre

### Evaluateurs (professionnel ou structure)

Plusieurs saisies possibles

 [Rechercher un professionnel](#)

**Evaluation** ^

1 . Date de l'évaluation

2 . Participants à l'évaluation

3 . Echelle de dépression

## Echelle de dépression

Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?  Oui  Non

Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?  Oui  Non

Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?  Oui  Non

Vous ennuyez-vous souvent ?  Oui  Non

Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?  Oui  Non

Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?  Oui  Non

Etes-vous heureux la plupart du temps ?  Oui  Non

Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?  Oui  Non

Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau ?  Oui  Non

Estimez-vous avoir plus de troubles de mémoire que la plupart des gens ?  Oui  Non

Vous dites-vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?  Oui  Non

Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?  Oui  Non

Vous sentez-vous plein d'énergie ?  Oui  Non

Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?  Oui  Non

Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?  Oui  Non

Score de dépistage (sous-total max. 15 points)

Normal : <=5  
Tendance dépressive : de 6 à 11  
Etat dépressif : >= 12

# FORMULAIRE EVALUATION ÉTAT NUTRITIONNEL MNA

Fil d'actualité | Suivi / Réunion | Recueil de données Sociales | Recueil de données Médicales

Volet médical | Fragilité | Matériel Médical

### Evaluation

- 1 . Date de l'évaluation
- 2 . Participants à l'évaluation
- 3 . Test MNA (Mini Nutritional Assessment)

## Date de l'évaluation

Date 03/02/2022

## Participants à l'évaluation


### Participant à l'évaluation

Cocher les participants à l'évaluation

- Assistant social
- Equipe Appui
- Equipe HAD
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier de l'équipe mobile
- Gestionnaire de cas MAIA
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Psychologue
- Autre

## Evaluateurs (professionnel ou structure)

Plusieurs saisies possibles

 Rechercher un professionnel

## MNA - Mini Nutritional Assessment

Date de la prise du poids

Poids à la prise en charge (kg) :

Taille (cm) :

Calcul de l'IMC

### A - Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?

A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

- anorexie sévère
- anorexie modérée
- pas d'anorexie

### B - Perte récente de poids (<3mois)

Perte récente de poids

- perte de poids > 3 kg
- ne sait pas
- perte de poids entre 1 et 3 kg
- pas de perte de poids

### C - Motricité

Motricité

- du lit au fauteuil
- autonome à l'intérieur
- sort du domicile

### D - Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

Maladie aiguë ou stress psychologique

- oui
- non

### E - Problèmes neuropsychologiques

Problèmes neuropsychologiques

- démence ou dépression sévère
- démence ou dépression modérée
- pas de problème psychologique

### F1 - Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille X taille) en kg/m2)

IMC

- IMC < 19
- 19 = IMC < 21
- 21 = IMC < 23
- IMC = 23

IMC

IMC < 19

### Score de dépistage

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

0

≥ 12 points : normal – pas besoin de continuer l'évaluation

≤ 11 points : possibilité de malnutrition – continuer l'évaluation (Evaluation globale)

# FORMULAIRE MATÉRIEL MÉDICAL

**Evaluation**

1. Date de l'évaluation

2. Participants à l'évaluation

## Date de l'évaluation

Date 03/02/2022

## Participants à l'évaluation


### Participant à l'évaluation

Cocher les participants à l'évaluation

- Assistant social
- Equipe Appui
- Equipe HAD
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Infirmier de l'équipe mobile
- Gestionnaire de cas MAIA
- Kinésithérapeute
- Médecin de l'équipe mobile
- Psychologue
- Autre

### Evaluateurs (professionnel ou structure)

Plusieurs saisies possibles

 Rechercher un professionnel

**Médical**

1. Matériel médical

### Matériel médical

#### Alimentation

##### Alimentation par sonde

Etat de l'évaluation

##### Stomie digestive

Etat de l'évaluation

##### Pompe à nutrition

Etat de l'évaluation

#### Diabète

##### Pompe à insuline

Etat de l'évaluation

##### Lecteur glycémie

Etat de l'évaluation

#### Nécessaire incontinence

Etat de l'évaluation

#### Sonde urinaire

Etat de l'évaluation

#### Perfusion

##### Chambre Implantable (PAC)

Etat de l'évaluation

##### Pompe PCA

Etat de l'évaluation

##### PICC Line

Etat de l'évaluation

##### Pompe à perfusion

Etat de l'évaluation

Autre, préciser

#### Respiration

##### Oxygène

Etat de l'évaluation

##### Assistance Respiratoire

Etat de l'évaluation

##### Aspiration Mucosités

Etat de l'évaluation

##### Nébuliseur

Etat de l'évaluation

#### Autres matériel médical

Autres

# FORMULAIRE AIDES TECHNIQUES

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Aides techniques** du 03/02/2022 18:08

Créé le 03/02/2022 18:08 - Mis à jour le 03/02/2022 18:08

## Evaluateur

Nom et prénom de l'évaluateur

Date de l'évaluation

## Aides techniques

### Matériel de lit

Lit médicalisé

Barrières de lit

Matelas à air

Matelas anti-escarres

Matelas à mémoire de forme

Mis à disposition

Commentaires

### Matériel de mobilisation

Barre d'appui

mise à disposition

Canne

Déambulateur

Fauteuil roulant

Monte escalier

Commentaires

### Matériel de Transfert

Lève-malade

Verticalisateur

Disque/Guidon de transfert

Drap de glisse

Commentaires

### Prévention

Coussin anti-escarres

Télé-alarme

Commentaires

### Fauteuil de repos

Fauteuil coquille

Fauteuil de confort

Fauteuil de repos

Fauteuil releveur

Commentaires

### Salle de bain

Fauteuil Pivotant de Bain

Planche de transfert

Tabouret / siège de douche

Commentaires

### Toilettes

Réhausseur WC

Fauteuil Montauban

Commentaires

### Autres aides techniques

Autres

# FORMULAIRE REVENUS

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Revenus** du 03/02/2022 16:15  
Créé le 03/02/2022 16:16 Mis à jour le 03/02/2022 16:16

**Revenu salarial**

Revenu salarial  Oui  Non

Commentaires

**Prestation sociales**

Bénéficiaire RSA  Oui  Non  Dossier en cours

Informations Complémentaires

Allocation familiales  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

AAH  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

Contribution ESAT  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

Allocation compensatrice  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

Majoration vie autonome  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

Autres prestations sociales

**Indemnités chômage**

Bénéficiaire  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

**Indemnités journalières**

Bénéficiaire  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

**Prévoyance**

Bénéficiaire  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

**Rente accident du travail**

Bénéficiaire  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaires

**Pension de Reversion**

Attribution d'une Pension de Reversion  Oui  Non  Dossier en cours

Informations Complémentaires

**Pension de retraite principale**

**Pension de Retraite**

Organisme

Montant

versées en

Périodicité de versement

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension de retraite complémentaire**

**Pension d'Invalidité**

Bénéficiaire d'une Pension d'Invalidité  Oui  Non  Demande en cours

Catégorie


**Allocation Solidarité Personnes Agées**

Bénéficiaire ASPA  Oui  Non  Demande en cours



# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Administratif

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Aides et Prestations du 03/02/2022 16:20  
Créé le 03/02/2022 16:20 - Mis à jour le 03/02/2022 16:20

- Administratif** ^
- 1 . Récapitulatif des aides
- Social** ^
- 1 . APA
- 2 . Prestation Compensation Handicap
- 3 . Autres Aides et Prestation Handicap
- 4 . Aides accordées par les caisses de retraite
- 5 . Aides sortie d'hospitalisation
- 6 . Assurances et contrats
- 7 . Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)
- 8 . Aides et prestations sociales (Autres)

### ▼ Récapitulatif des aides

#### APA

Bénéficiaire APA

GIR

#### MDPH

Bénéficiaire MDPH

#### Aides Caisses de retraite

Aide caisse de retraite principale

Aide caisse de retraite complémentaire

#### Aides en sortie d'hospitalisation


Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH)

Heures accordées par la mutuelle en sortie d'hospitalisation

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social

### 1) APA

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Aides et Prestations du 03/02/2022 16:20

Créé le 03/02/2022 16:20- Mis à jour le 03/02/2022 16:20



#### Administratif

1. Récapitulatif des aides

#### Social

1. APA

2. Prestation Compensation Handicap

3. Autres Aides et Prestation Handicap

4. Aides accordées par les caisses de retraite

5. Aides sortie d'hospitalisation

6. Assurances et contrats

7. Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNAAS)

8. Aides et prestations sociales (Autres)

#### Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Pour les autres aides financières  
consultez le formulaire "Aides et prestations sociales"

#### Situation APA

Bénéficiaire APA  Oui  Non  Demande en cours  Demande rejetée  Demande APA d'urgence en cours

Numéro de dossier APA

Date d'évaluation du GIR



GIR



Commentaire

#### Type d'emploi

Type d'emploi  Gré à gré

Type d'emploi  Emploi mandataire

Type d'emploi  Service prestataire

Type d'emploi  Emploi familial

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social - 2) Prestation Compensation Handicap

**Administratif**

- 1. Récapitulatif des aides

**Social**

- 1. APA
- 2. Prestation Compensation Handicap**
- 3. Autres Aides et Prestation Handicap
- 4. Aides accordées par les caisses de retraite
- 5. Aides sortie d'hospitalisation
- 6. Assurances et contrats
- 7. Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)
- 8. Aides et prestations sociales (Autres)

### ▾ Prestation de Compensation du Handicap

**Les éléments saisis dans ce formulaire sont à visée de partage et de coordination**

Les autres aides délivrées par la MDPH sont dans le formulaire " Autres Aides et Prestation Handicap"

Bénéficiaire MDPH  Oui  Non  Demande en cours

Dernière date de dépôt du dossier MDPH

Numéro de dossier MDPH

Révision du dossier  Oui  Non

Date demande de révision  Nature de la demande de révision

### Types de prestations

**Aide humaine**

Aide Humaine  Oui  Non

**Aide technique**

Aide Technique  Oui  Non

**Aide à l'aménagement du logement**

Aide à l'aménagement du logement  Oui  Non

**Aide spécifique ou exceptionnelle**

Aide spécifique ou exceptionnelle accordée  Oui  Non

**Aide animalière**

Aide animalière accordée  Oui  Non

**Aide au transport**

Aide au transport accordée  Oui  Non

**Prestation cécité / surdité**

Prestation  Forfait cécité

Prestation  Forfait surdité

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social - 3) Autres Aides et Prestation Handicap

**Administratif** ^

1. Récapitulatif des aides

**Social** ^

1. APA

2. Prestation Compensation Handicap

**3. Autres Aides et Prestation Handicap**

4. Aides accordées par les caisses de retraite

5. Aides sortie d'hospitalisation

6. Assurances et contrats

7. Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

8. Aides et prestations sociales (Autres)

**Autres Aides et Prestations Handicap**

**Les éléments saisis dans ce formulaire sont à visée de partage et de coordination**

Bénéficiaire MDPH  Oui  Non  Demande en cours

Dernière date de dépôt du dossier MDPH

Numéro de dossier MDPH

Révision du dossier  Oui  Non

Date demande de révision  Nature de la demande de révision

---

**Adulte en Situation de Handicap**  
Pour la PCH voir formulaire Spécifique

Dernière date de dépôt du dossier MDPH

Taux d'incapacité (%)  Incapacité Permanente  Oui  Non

Orientation MDPH  Oui  Non

Orientation en établissement

Date de validité de l'orientation

Liste d'attente  Oui  Non

RQTH  Oui  Non

AAH  Oui  Non

Allocation Compensatrice  Oui  Non

Majoration Vie Autonome  Oui  Non

Carte Mobilité Inclusion  Oui  Non

Carte européenne de stationnement  Oui  Non

---

**Enfant en Situation de Handicap**

AAEH  Oui  Non

AJPP  Oui  Non

Orientation vers un établissement  Oui  Non

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social

### 4) Aides accordées par les caisses de retraite

<b>Administratif</b> ^	▼ Aides Accordées par les Caisses de Retraite
1. Récapitulatif des aides	<b>Aides accordées par les caisses de retraite de la personne (hors pension de retraite)</b>
<b>Social</b> ^	<b>Caisse de Retraite Principale</b>
1. APA	Aide Accordée par la Caisse de Retraite Principale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2. Prestation Compensation Handicap	
3. Autres Aides et Prestation Handicap	
<b>4. Aides accordées par les caisses de retraite</b>	
5. Aides sortie d'hospitalisation	▼ Caisse de Retraite complémentaire
6. Assurances et contrats	Aide Accordée par le Caisse de Retraite complémentaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Sans Objet
7. Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)	
8. Aides et prestations sociales (Autres)	
	<b>Autres</b>
	Complément d'information <input type="text"/>

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social

### 5) Aides sortie d'hospitalisation

#### Administratif

1 . Récapitulatif des aides

#### Social

1 . APA

2 . Prestation Compensation Handicap

3 . Autres Aides et Prestation Handicap

4 . Aides accordées par les caisses de retraite

**5 . Aides sortie d'hospitalisation**

6 . Assurances et contrats

7 . Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

8 . Aides et prestations sociales (Autres)

#### ▼ Aides en sortie d'hospitalisation

### Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

La personne a-t-elle une prestation d'aide à domicile après hospitalisation ?  Oui  Non

### Heures accordées par la mutuelle en sortie hospitalisation

La personne bénéficie-t-elle d'heures mutuelle en sortie hospitalisation ?  Oui  Non

### Commentaires

Commentaires

Pour l'Allocation Solidarité Personnes Agées consultez le formulaire Revenus

# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social

### 6) Assurances et contrats

#### Administratif

1 . Récapitulatif des aides

#### Social

1 . APA

2 . Prestation Compensation Handicap

3 . Autres Aides et Prestation Handicap

4 . Aides accordées par les caisses de retraite

5 . Aides sortie d'hospitalisation

#### 6 . Assurances et contrats

7 . Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

8 . Aides et prestations sociales (Autres)

#### Assurances et contrats

##### Contrat obsèques

Contrat obsèques ?  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaire

##### Contrat dépendance

Contrat dépendance ?  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaire

### 7) Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

#### Administratif

1 . Récapitulatif des aides

#### Social

1 . APA

2 . Prestation Compensation Handicap

3 . Autres Aides et Prestation Handicap

4 . Aides accordées par les caisses de retraite

5 . Aides sortie d'hospitalisation

6 . Assurances et contrats

**7 . Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)**

8 . Aides et prestations sociales (Autres)

#### Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

Bénéficiaire FNASS  Oui  Non

Financier (Caisse)

Prestation concernée

Garde malade de jour et / ou nuit

Détails (prestataire, nombre d'heures...)

Précisez

Montant alloué (en euros)

Date de fin de validité

Commentaires





# FORMULAIRE AIDES ET PRESTATIONS

## Volet Social

### 8) Aides et prestations sociales (autres)

**Administratif**

- 1. Récapitulatif des aides

**Social**


- 1. APA
- 2. Prestation Compensation Handicap
- 3. Autres Aides et Prestation Handicap
- 4. Aides accordées par les caisses de retraite
- 5. Aides sortie d'hospitalisation
- 6. Assurances et contrats
- 7. Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)
- 8. Aides et prestations sociales (Autres)**

#### Autres Aides et Prestations




##### Renseigner les autres aides et prestations


Autre aide et prestation	<input type="checkbox"/> Prestations autres n°1		
Organisme émetteur	<input type="text"/>	Numéro de dossier	<input type="text"/>
Date obtention	<input type="text"/>	Date de validité	<input type="text"/>
Montant alloué (en €)	<input type="text"/>	Durée de l'aide	<input type="text"/>
Nombre d'heures	<input type="text"/>		
Autre aide et prestation	<input type="checkbox"/> Prestations autres n°2		
Organisme émetteur	<input type="text"/>	Numéro de dossier	<input type="text"/>
Date obtention	<input type="text"/>	Date de validité	<input type="text"/>
Montant alloué (en €)	<input type="text"/>	Durée de l'aide	<input type="text"/>
Autre aide et prestation	<input type="checkbox"/> Prestations autres n°3		
Organisme émetteur	<input type="text"/>	Numéro de dossier	<input type="text"/>
Date obtention	<input type="text"/>	Date de validité	<input type="text"/>
Montant alloué (en €)	<input type="text"/>	Durée de l'aide	<input type="text"/>
Nombre d'heures	<input type="text"/>		

## FORMULAIRE DOCUMENTS D'IDENTITE

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Documents identités du 03/02/2022 16:34  
Créé le 03/02/2022 16:34- Mis à jour le 03/02/2022 16:34

### Documents d'identité

Carte d'identité	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours de renouvellement
Date de fin de validité	<input type="text"/> 
Passeport	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours de renouvellement
Date de fin de validité	<input type="text"/> 
Titre de séjour	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En cours de renouvellement
Date de fin de validité	<input type="text"/> 
Permis de conduire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Livret de famille	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires	<input type="text"/>

 Enregistrer

# FORMULAIRE CONVERTURE SOCIALE

## 1) Couverture sociale

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Couverture sociale** du 03/02/2022 16:36  
Créé le 03/02/2022 16:36- Mis à jour le 03/02/2022 16:36


**Administratif** ^

- 1. Couverture sociale
- 2. ALD
- 3. Mutuelle
- 4. Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- 5. Aide Médicale de L'Etat (AME)

**Couverture sociale**

### Numéro d'identification

NIR ou N° de sécurité sociale  clé

Rang de naissance 

Nom de l'assuré (si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Prénom de l'assuré (si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

NIR de l'assuré (si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Code organisme de rattachement de l'assuré


NIA

### Assurance maladie

Protection sociale  Aucune  Démarche en cours  Oui

## FORMULAIRE CONVERTURE SOCIALE

### 2) ALD


 PATIENT TEST FORMULAIRES - Couverture sociale du 03/02/2022 16:36  
Créé le 03/02/2022 16:36- Mis à jour le 03/02/2022 16:36


**Administratif** ^


- 1 . Couverture sociale
- 2 . ALD**
- 3 . Mutuelle
- 4 . Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- 5 . Aide Médicale de L'Etat (AME)

### ▼ Affections Longue Durée (ALD)

**ALD**


Bénéficiaire ALD   Oui  Non  En cours de demande


Date de la demande  

Combien d'ALD souhaitez-vous saisir ?  

## FORMULAIRE CONVERTURE SOCIALE

### 3) Mutuelle

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Couverture sociale du 03/02/2022 16:36  
Créé le 03/02/2022 16:36- Mis à jour le 03/02/2022 16:36

**Administratif** 

- 1 . Couverture sociale
- 2 . ALD
- 3 . Mutuelle**
- 4 . Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- 5 . Aide Médicale de L'Etat (AME)

**Mutuelle**

Mutuelle  Aucune  Démarche en cours  Oui

Nom de l'organisme complémentaire


N° du contrat/adhérent

Tiers payeur  Oui  Non

Commentaires

## FORMULAIRE CONVERTURE SOCIALE

### 4) Complémentaire Santé Solidaire (CSS)


 PATIENT TEST FORMULAIRES - Couverture sociale du 03/02/2022 16:36  
Créé le 03/02/2022 16:36- Mis à jour le 03/02/2022 16:36

**Administratif** ^

- 1 . Couverture sociale
- 2 . ALD
- 3 . Mutuelle
- 4 . Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**
- 5 . Aide Médicale de L'Etat (AME)

▼ Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Bénéficiaire CSS  Oui  Non  Demande en cours

Date de fin de validité  


Type de CSS  CSS gratuite  CSS participative


Organisme

Commentaire

## FORMULAIRE CONVERTURE SOCIALE

### 5) Aide Médicale de l'Etat (AME)


 PATIENT TEST FORMULAIRES - Couverture sociale du 03/02/2022 16:36  
Créé le 03/02/2022 16:36- Mis à jour le 03/02/2022 16:36


**Administratif** 

- 1 . Couverture sociale
- 2 . ALD
- 3 . Mutuelle
- 4 . Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- 5 . Aide Médicale de L'Etat (AME)**

#### ▼ Aide Médicale de l'Etat (AME)

Bénéficiaire AME  Oui  
 Non  
 Demande en cours

Date d'obtention  

Date de fin de validité  

Numéro de sécurité sociale temporaire

Commentaire

1) Mesures de protection

▼ Mesures de protection

Mesures de protection

Mesure de protection  Oui  
 Non  
 Demande en Cours

Date de début de la mesure de justice

Date de fin de la mesure de justice

- Si Oui
- Aide éducative
  - Curatelle
  - Habilitation familiale
  - Habilitation judiciaire pour représentant conjoint
  - Mandat de protection future
  - Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)
  - Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)
  - Placement de l'enfant
  - Sauvegarde de justice
  - Tutelle

Commentaires

Réfèrent de la mesure de protection

Nom et Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Adresse mail

Possède les clés  Oui  
 Non

Heure de permanence

Structure

Commentaires



# FORMULAIRE MESURES DE JUSTICE

## 2) Mesures de protection pour les mineurs

- Administratif**
- 1. Mesures de protection
- 2. Mesure de protection pour les mineurs

### Autorité parentale

Détenteur de l'autorité parentale: Père et Mère

### Mesures de protection administrative

Evaluation médico-sociale:  Oui /  Non

Date de la dernière évaluation: [ ]

Protection administrative:  en Milieu Ouvert /  Accueil

Date du début de la mesure de protection: [ ] / Date de fin de la mesure de protection: [ ]

Mesures d'Accueil: Accueil provisoire

Précisions: [ ]

### Mesure de protection juridique

Date de début de la mesure de protection: [ ] / Date de fin de la mesure de protection: [ ]

Mesure de protection juridique:  Action éducative en Milieu Ouvert /  Mesure Judiciaire d'Investigation Educative /  Placement judiciaire /  Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial

Précisions: [ ]

**En milieu ouvert :**

Aides et accompagnement

- Aide financière
- Mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale
- Aide Educative à Domicile
- Accompagnement par TISF
- Mesure Judiciaire d'Investigation Educative



## 1) Situation de la personne

**PATIENT TEST FORMULAIRES - Environnement social et familial** du 03/02/2022 16:47  
Créé le 03/02/2022 16:48 - Mis à jour le 03/02/2022 16:48

**Administratif**

- 1 . Situation de la personne**
- 2 . Situation des parents
- 3 . Entourage - Personnes référentes
- 4 . Fratrie
- 5 . Descendants (pour les personnes majeures)
- 6 . Animaux de compagnie

### Situation sociale de la personne

#### Information sociale

Nationalité

Etat matrimonial

Mode de vie

Lieu de vie actuel

Contacts familiaux  Oui  Non

Préciser

Relations amicales  Oui  Non

Autres informations sur l'entourage du patient

## 2) Situation des parents

### Administratif

- 1. Situation de la personne
- 2. Situation des parents**
- 3. Entourage - Personnes référentes
- 4. Fratrie
- 5. Descendants (pour les personnes majeures)
- 6. Animaux de compagnie

### Parents

#### Parents Décédés

Parents décédés  Oui  Non

Date du décès du Père  Année  Précisez  Père  Mère  Père et Mère

Commentaires

### Situation professionnelle des parents

#### Père

Profession  Code insee

Statut professionnel

#### Mère

Profession  Code Insee

Statut professionnel

## 3) Entourage – Personnes référentes

- Administratif ^
- 1 . Situation de la personne
- 2 . Situation des parents
- 3 . Entourage - Personnes référentes**
- 4 . Fratrie
- 5 . Descendants (pour les personnes majeures)
- 6 . Animaux de compagnie

### Entourage - Personnes référentes

#### Identification de la personne référente

Lien avec la personne

Sélectionner

En situation de handicap/invalidité

Oui  Non

Personne à prévenir

Nom usuel

Nom de naissance

Prénom

Téléphone

Email

Adresse

Code postal

Ville

#### Identification de la personne référente

Lien avec la personne

Sélectionner

En situation de handicap/invalidité

Oui  Non

Personne à prévenir

## 4) Fratrie

### Administratif

- 1. Situation de la personne
- 2. Situation des parents
- 3. Entourage - Personnes référentes
- 4. Fratrie**
- 5. Descendants (pour les personnes majeures)
- 6. Animaux de compagnie

### Fratrie

Nombre d'enfants dans la fratrie

Rang de la personne dans la fratrie

#### ▼ Détails sur la fratrie (si nécessaire)

**par ordre chronologique**

Prénom	<input type="text"/>	Année naissance	<input type="text" value="Année"/>
Vit au même domicile	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Prénom	<input type="text"/>
Année de naissance	<input type="text" value="Année"/>	Vit au même domicile	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

## 5) Descendants

### Administratif

- 1 . Situation de la personne
- 2 . Situation des parents
- 3 . Entourage - Personnes référentes
- 4 . Fratrie
- 5 . Descendants (pour les personnes majeures)**
- 6 . Animaux de compagnie

### Descendants

#### Enfants

La personne a-t-elle des enfants  Oui  Non

Nombre d'enfants

Nombre d'enfants vivant au domicile

Dont à charge

Commentaire



Garde alternée  Oui  Non

Autorité parentale attribuée  Oui  Non

#### Petits-Enfants et autres descendants

## FORMULAIRE ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

### 6) Animaux de compagnie

 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Environnement social et familial** du 03/02/2022 16:47 

Créé le 03/02/2022 16:48- Mis à jour le 03/02/2022 16:48

**Administratif** ^

- 1 . Situation de la personne
- 2 . Situation des parents
- 3 . Entourage - Personnes référentes
- 4 . Fratrie
- 5 . Descendants (pour les personnes majeures)
- 6 . Animaux de compagnie**

### Animaux de compagnie

Animaux de compagnie  Oui  Non

Précisez

## FORMULAIRE HISTOIRE DE VIE

### ▼ Histoire de vie de la personne

Nom du ou des professionnel(s) ayant réalisé le recueil

Date du recueil



Recueil auprès de la personne elle-même

Oui  Non

Recueil auprès de l'entourage

Oui  Non

Histoire de vie de la personne (parcours familial, scolaire, professionnel...)

5000


Centres d'intérêts (loisirs, voyages...)

Croyances

Désirs, craintes, représentations



## FORMULAIRE VIE PROFESSIONNELLE

 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Vie professionnelle** du 03/02/2022 16:54  
Créé le 03/02/2022 16:54- Mis à jour le 03/02/2022 16:54


▼ Vie professionnelle

**Situation professionnelle**

Statut professionnel / activité	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Préciser	<input type="text"/>

- Activité salariée
- Activité libérale
- Retraité(e)
- Congé parental
- Elève, étudiant(e) ou en formation
- Sans emploi
- Autre

## FORMULAIRE SCOLARITE

 PATIENT TEST FORMULAIRES - Scolarité du 03/02/2022 16:57  
Créé le 03/02/2022 16:57 - Mis à jour le 03/02/2022 16:57

▼ Scolarité

### Scolarité

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement  Code Postal

Ville  Téléphone de l'établissement

Statut de l'établissement  public  privé

Type d'établissement

Commentaires

### Accompagnement Scolaire Spécifique

Difficultés scolaires  Oui  Non

### Mode de garde avant/après l'école

Commentaires

### Mode de garde pendant les vacances

Commentaires

## ▼ Projet de vie de la personne

### Propos et souhaits de la personne

Expression  Orale  Ecrite  Incapacité à s'exprimer

Date

Recueilli par ?

Besoins exprimés 

Problèmes ressentis 

Projets personnels envisagés 

### Recueil d'informations auprès de l'entourage

Date

Recueilli par ?

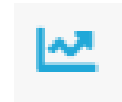
Auprès de

Lien avec la personne

Besoins exprimés par l'entourage 

Problèmes ressentis par l'entourage 

Attentes exprimées par l'entourage 



Ces informations peuvent être renseignées depuis un autre formulaire du dossier (ex- le formulaire PPCS)

## FORMULAIRE MODE DE GARDE PETITE ENFANCE

 **PATIENT TEST FORMULAIRES - Mode de garde petite enfance** du 03/02/2022 17:01  
Créé le 03/02/2022 17:01 - Mis à jour le 03/02/2022 17:01

### Quel est le mode de garde de l'enfant?

Mode de garde le plus fréquent	<input type="text"/>
Précisez	<input type="text"/>
Nombre de jours par semaine	<input type="text"/>
Mode de garde complémentaire	<input type="text"/>
Précisez	<input type="text"/>
Nombre de jours par semaine	<input type="text"/>
Mode de garde ponctuel	<input type="text"/>
Précisez	<input type="text"/>

# FORMULAIRE ENVIRONNEMENT / LOGEMENT

## 1) Logement

**Administratif** ^

- 1. Logement
- 2. Accès au domicile

### Logement

#### Lieu de vie

Lieu de vie  Ville  Village  Hameau  Logement isolé

Environnement

- Proximité familiale
- Voisinage coopérant
- Proximité commerce
- Commerce ambulant

Indication complémentaire

Demande de relogement  Oui  Non  Ne sait pas

Procédure d'expulsion  Oui  Non  Ne sait pas

#### Type de logement

Type de logement :

- Appartement
- Maison individuelle
- Famille d'accueil
- Accueil par la famille
- CHRS
- EHPAD
- Foyer de vie
- Résidence autonomie
- Résidences service
- Hôtel
- Habitat regroupé
- Maison relais
- Caravane/Mobilhome
- Autre

Etat du logement

- Salubre
- Vétuste
- Indécent
- Insalubre
- Dangereux

Logement adapté au maintien à domicile de la personne  Oui  Non

Logement adapté aux personnes à mobilité réduite  Oui  Non

Statut  Locataire  Propriétaire  Logé(e) gratuitement  Usufructier

Commentaire

#### Accessibilité extérieure

Marches  Oui  Non  Ne sait pas

Niveau du logement  Rez-de-chaussée  Etage / Sous-sol

Accès fauteuil roulant  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaire

#### Aménagement intérieur

Eau courante  Oui  Non

Eau chaude  Oui  Non

Electricité  Oui  Non

Chauffage

- Electricité
- Gaz
- Charbon
- Fuel
- Feu à pétrole
- Bois
- Collectif
- Pompe à chaleur
- Aucun chauffage
- Autre

Avec manipulation  Oui  Non  Ne sait pas

Chambre  Rez de chaussée  Etage / sous sol  Pas de chambre

WC

- Intérieur
- Extérieur
- Rez de chaussée
- Etage
- Accessibilité PMR
- Absence de WC

Salle de bain/d'eau

- Intérieur
- Extérieur
- Douche
- Douche à l'italienne
- Baignoire
- Accessibilité PMR
- Absence de salle de bain/d'eau

Où est la salle de bain/d'eau

- Rez de chaussée
- Etage / Sous sol

Cuisine - cuisson

- Electrique
- Gaz de ville
- Mixte
- Gaz-bouteille
- Charbon
- Micro-ondes
- Bois
- Absence cuisine ou coin cuisson

Equipement de la cuisine

- Réfrigérateur
- Congélateur
- Aucun
- Présents mais ne fonctionnent pas

Machine à laver  Oui  Non  Ne sait pas

Téléphone  Oui  Non  Ne sait pas

Tapis  Oui  Non  Ne sait pas

Présence de marches à l'intérieur du logement  Oui  Non  Ne sait pas

Commentaire

#### Adaptation du logement

Adaptation du logement évaluée comme nécessaire  Oui  Non

Demandeur (nom, profession, structure)

Date de la demande

Etat de la demande

Date de décision

Description de la demande

Adaptations réalisées

#### Commentaires

Commentaires

# FORMULAIRE ENVIRONNEMENT / LOGEMENT

## 2) Accès au domicile

### Administratif

1 . Logement

**2 . Accès au domicile**

### Accès au domicile

Commentaires

Boîte à clé ?

Oui  Non  Ne sait pas

Une personne a accès au code de la boîte à clef

Une personne a le double des clés ?

Oui  Non  Ne sait pas

Préciser

Décrire l'accès au domicile (coordonnées GPS, code interphone ...)

Possibilité stationnement à proximité

Oui  Non

# FORMULAIRE JOURNEE TYPE / HABITUDES DE VIE

## ▼ Journée type / Habitude de vie

### Commentaires

Commentaires

### Matin

Présence d'un tiers  Oui  Non

Lever à

Petit déjeuner (habitudes, goûts, régime...)

Soins d'hygiène (douche, toilette au lavabo, dents, capiluve, pédiluve...)

Elimination

Habillage

Activités (lecture, tabac, journal, TV...)

### Midi

Présence d'un tiers  Oui  Non

Repas à

Lieu

Habitudes alimentaires, goûts, régimes, prises hydrique...

Elimination

Activités

### Après-midi

Présence d'un tiers  Oui  Non

Sieste  Oui  Non  Ne sait pas

Visites

Activités

Goûter / Hydratation

Elimination

### Soir

Présence d'un tiers  Oui  Non

Repas à

Lieu

Habitudes alimentaires, goûts, régimes, prise hydrique...

Elimination

Activités

### Nuit

Présence d'un tiers  Oui  Non

Coucher à

Lieu

Réveils nocturnes  Oui  Non

Rituels

Soins d'hygiène

Déshabillage

Elimination

Activités avant endormissement

### Commentaires

Commentaires

# FORMULAIRE ACTIVITES ESSENTIELLES ET DOMESTIQUES

## 1) Activités domestiques

### Administratif

#### 1 . Activités domestiques

#### 2 . Activités essentielles

### Activités domestiques

Préparation des repas

Ménage courant

Gestion des finances

Gestion des médicaments

Usage du téléphone

Gestion des escaliers

Capacité à faire ses courses

Déplacements et transports



# FORMULAIRE ACTIVITES ESSENTIELLES ET DOMESTIQUES

## 2) Activités essentielles

### Administratif

1 . Activités domestiques

2 . **Activités essentielles**

### Activités essentielles

Hygiène corporelle et toilette

Elimination

Habillage

Transferts

Alimentation

Marche et déplacements

Activité physique

Conduite

## FORMULAIRE COMMUNICATION

### Volet Social : Communication verbale et non verbale

**Social** ^

1 . Communication verbale et non verbale

**Saisie InterRAI** v

1 . Section D. Communication et vision

#### Communication verbale

- Communication verbale  Oui  Non
- Communication  Adaptée  Limitée  Inadaptée
- Parle français  Oui  Non
- Langue maternelle

#### Acuité auditive

- Mal entendant  Oui  Non  Hypoacousie
- Appareils auditifs  Non  Oui à droite et à gauche  Oui à droite  Oui à gauche
- Date du dernier suivi auditif

#### Communication écrite

- Français en lecture  Maitrisé  Peu maitrisé  Non maitrisé
- Français à l'écrit  Maitrisé  Peu maitrisé  Non maitrisé

#### Acuité visuelle

- Port de lunettes  Oui  Non
- Date du dernier bilan visuel
- Acuité visuelle

#### Usage du téléphone

- Capacité  Prendre un appel  Passer un appel  Lire un message  Envoyer un message

# FORMULAIRE COMMUNICATION

## Volet Saisie InterRAI : Section D. communication et vision

### Social

1 . Communication verbale et non verbale

### Saisie InterRAI

1 . Section D. Communication et vision

## Communication et vision

Se faire comprendre ?

Capacité à comprendre les autres ?

Audition ?

Vision ?

## Commentaires

### Se faire comprendre :

Est compris (exprime ses idées sans difficultés)  
Est généralement compris (difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée MAIS si on laisse du temps peu ou pas d'aide requise)  
Est souvent compris (difficultés à trouver ses mots, à aller au bout de sa pensée ET aide habituellement requise)  
Est parfois compris (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes)  
Rarement ou jamais compris

### Capacité à comprendre les autres :

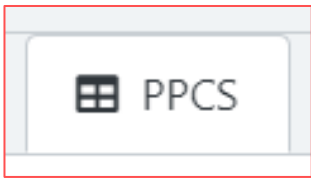
Comprend (Bonne compréhension)  
Comprend généralement (manque quelques parties/buts du message MAIS avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation)  
Comprend souvent (manque quelques parties/buts du message MAIS avec de l'aide peut comprendre la conversation)  
Comprend parfois (répond adéquatement seulement à un message simple et direct)  
Comprend rarement ou jamais

### Audition :

Adéquate (pas de difficulté dans la conversation courante, échange social, écoute de la T.V.)  
Difficulté minimale (difficulté dans certains environnements - quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres)  
Difficulté moyenne (problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre)  
Difficulté sévère (difficulté dans toutes les situations -ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont marmoronnées)  
Pas d'audition

### Vision :

Adéquate (distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres)  
Difficulté minimale (lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres)  
Difficulté moyenne (vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets)  
Difficulté sévère (identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes)  
Pas de vision



# FORMULAIRE PPCS

## Volet Infos PPCS

**PATIENT TEST FORMULAIRES - PPCS** du 03/02/2022 18:11  
Créé le 03/02/2022 18:11- Mis à jour le 03/02/2022 18:11

[Voir les rapports](#)

- Infos PPCS**
  - 1 . Infos PPCS
- Recueil d'informations**
  - 1 . La personne
  - 2 . Intervenants
- Propos et souhaits de la**
  - 1 . Propos et souhaits de la personne
  - 2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques / Plan d'action**
  - 1 . Problématiques - plan d'actions
- Documents associés au PPCS**
  - 1 . Documents multithématiques
  - 2 . Documents médicaux
  - 3 . Documents psychologiques
  - 4 . Documents sociaux

### Infos PPCS

Numéro de PPCS : 1

Date de création : 03/02/2022

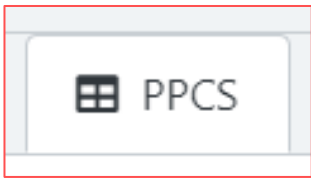
Statut du PPCS : En cours

Initié par : [Rechercher un professionnel](#)

Référent : [Rechercher un professionnel](#)

Délégué : [Rechercher un professionnel](#)

Date de bilan : 03/02/2023



# FORMULAIRE PPCS

## Volet recueil d'informations

### 1) La personne 2/2

**Infos PPCS** ▾

1 . Infos PPCS

**Recueil d'informations** ▾

1 . La personne

2 . Intervenants

Recherche d'hébergement en cours  Oui  Non

Hébergement actuel  Propriétaire  Locataire  Hébergé

Accessibilité à l'hébergement

étage – ascenseur – autre renseignement

Existence d'une problématique avec le logement

Accessibilité  
Caractère adapté  
Aménagement (WC, salle de bains, autre)  
Matériel en place (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)

**Statut professionnel**

Statut professionnel  Activité salariée  Activité libérale  Retraité(e)  Congé parental  Elève, étudiant(e) ou en formation  Sans emploi  Autre

Droits ouverts

N° de sécurité sociale (de rattachement si mineur)

Caisse

Régime / Caisse d'affiliation

Mutuelle/CMUC/AME

Caisse d'allocations familiales  Caisse de retraite principale

Caisse de retraite complémentaire

ALD  Oui  Non  En cours

APA

Date de l'évaluation

Si oui plan d'aide en place :

Nombre d'heures

ModeAide  Mode mandataire  prestataire

APL  Oui  Non

RSA  Oui  Non

Aide sociale  Oui  Non

Autre aide et/ou autres ressources

Pension  Pension de réversion  ASPA

Droits à compensation (MDA/MDPH)

Période d'attribution du  au

AAH  Oui  Non

RQTH  Oui  Non

Taux incapacité

Carte mobilité pour l'invalidité  Oui  Non

Carte mobilité pour le stationnement  Oui  Non

ACTP  Oui  Non

ACFP  Oui  Non

PCH (date d'ouverture des droits)  Oui  Non

AEEH  Oui  Non

PPS  Oui  Non

AVS/AESH  Individuelle  Mutualisée  Refusée  Non

Matériel Pédagogique Adapté  Attribué  Notifié  Refusé  Non

SESSAD/SEFFS  Date notification

Orientation  En cours  Notifiée  Refusée  Non

Autres droits MDPH/MDA

Protection juridique  Oui  Non  Dossier en cours d'instruction

Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?

Autre mesure (MA, MASP)

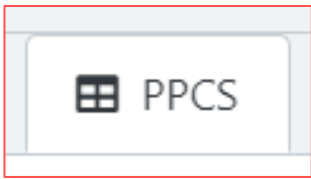
Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial

**Directives anticipées**

Directives anticipées  Oui  Non

Date de signature

Lieu de conservation des directives anticipées



# FORMULAIRE PPCS

## Volet recueil d'informations

### 1) La personne 1/2

- Infos PPCS
- 1. Infos PPCS
- Recueil d'informations
- 1. La personne
- 2. Intervenants

#### La personne

##### Identité

Nom de naissance	<input type="text" value="PATIENT TEST"/>	Prénom	<input type="text"/>
Nom d'usage	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text" value="05/01/1970"/>	Sexe	<input type="text" value="1"/>
Âge	<input type="text" value="52"/> Ans		

##### Référent de la mise en oeuvre

Profession / Structure	<input type="text"/>	Si médical, n° RPPS, ou à défaut n° ADELI	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Tél / E-mail	<input type="text"/>		
Numéro du PPCS	<input type="text"/>		
Contexte de la démarche PPCS	<input type="text"/>		

*Événement qui a conduit à l'élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc.*

##### Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)

Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Type recueil	<input type="radio"/> Orale <input type="radio"/> Écrite
Si non, raison de l'opposition à l'échange	<input type="text"/>		
Date	<input type="text"/>	Non-opposition	<input type="radio"/> de la personne <input type="radio"/> de son entourage
Personne à l'origine du recueil	<input type="text"/>		
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

##### Adresse de la personne (avec compléments étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)

Téléphone	<input type="text"/>	Adresse de messagerie	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-----------------------	----------------------

##### Situation de la personne

Célibataire  
 Marié(e)  
 Pacsé(e)  
 Divorcé(e)  
 Veuf(ve)

Nombre d'enfants	<input type="text"/>	Coordonnées des enfants si besoin	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------

Enfants  À proximité  À distance

Situation Actuelle

Mode de vie

Personne à charge  Oui  Non

Aidant principal (identité et coordonnées)

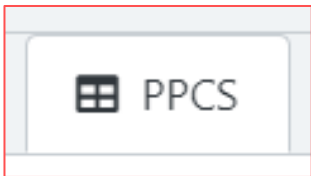
Nature du lien avec l'aidant

Référents familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées)

Nature du lien avec le référent familial/amical

Personne de confiance  Oui  Non

Date de réception de l'information



# FORMULAIRE PPCS

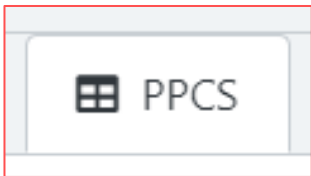
## Volet recueil d'informations

### 2) Intervenants

Infos PPCS		
1 . Infos PPCS		
Recueil d'informations		
1 . La personne		
2 . Intervenants		
Propos et souhaits de la personne		
1 . Propos et souhaits de la personne		
2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage		
Problématiques / Plan d'action		
1 . Problématiques - plan d'actions		
Documents associés au PPCS		
1 . Documents multithématiques		
2 . Documents médicaux		
3 . Documents psychologiques		
4 . Documents sociaux		
Bilan du PPCS		
1 . Analyse des écarts		

Les intervenants		
Intervenants	Participation à l'élaboration du PPCS	Nature de l'intervention avant l'élaboration du PPCS (jour/horaire/fréquence de passage...)
Rechercher un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rechercher un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rechercher un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rechercher un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rechercher un professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



# FORMULAIRE PPCS

## Volet Propos et souhaits de la personne

- Infos PPCS** ▾
  - 1. Infos PPCS
- Recueil d'informations** ▾
  - 1. La personne
  - 2. Intervenants
- Propos et souhaits de la personne** ▾
  - 1. Propos et souhaits de la personne
  - 2. Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques / Plan d'action** ▾
  - 1. Problématiques - plan d'actions
- Documents associés au PPCS** ▾
  - 1. Documents multithématiques
  - 2. Documents médicaux
  - 3. Documents psychologiques
  - 4. Documents sociaux
- Bilan du PPCS** ▾
  - 1. Analyse des écarts
  - 2. Synthèse du PPCS

### ▾ Propos et souhaits de la personne

La personne ne peut pas s'exprimer

#### Besoins Exprimés

#### Problèmes ressentis

#### Projets personnels envisagés

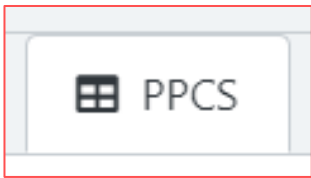
### ▾ Recueil d'informations auprès de l'entourage

#### Besoins exprimés par l'entourage

#### Problèmes ressentis par l'entourage

#### Attentes exprimées par l'entourage





# FORMULAIRE PPCS

## Volet Problématiques / Plan d'actions

- Infos PPCS** ▾
  - 1 . Infos PPCS
- Recueil d'informations** ▾
  - 1 . La personne
  - 2 . Intervenants
- Propos et souhaits de la personne** ▾
  - 1 . Propos et souhaits de la personne
  - 2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques / Plan d'action** ▾
  - 1 . Problématiques - plan d'actions**

### ▸ Problématique

#### ▸ Problématique

▾ Problématique

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

#### ▸ Pro

Problématique	<input type="text"/>
Type de problématique	<input type="text" value="v"/>
Objectif partagé	<input type="text" value="//"/>
Critère d'atteinte de l'objectif	<input type="text" value="//"/>
Objectif atteint*	<input type="text"/>
Objectif partagé	<input type="text" value="//"/>
Critère d'atteinte de l'objectif	<input type="text" value="//"/>
Objectif atteint*	<input type="text"/>

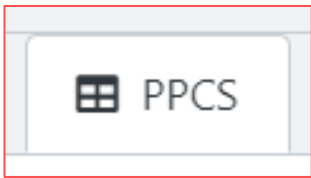
\* si objectif non atteint ou partiellement atteint, se reporter à la rubrique "Analyse des écarts" du *Bilan du PPCS* pour préciser.

#### ▸ Action

#### ▸ Action

▾ Action

Libellé de l'action	<input type="text"/>
Domaine de l'intervention	<input type="text" value="v"/>
Date échéance action	<input type="text" value="v"/> 
Statut action	<input type="text" value="v"/>
Précisions sur les interventions	<input type="text" value="//"/>



# FORMULAIRE PPCS

## Volet Documents associés au PPCS

**Infos PPCS** ▾

1 . Infos PPCS

**Recueil d'informations** ▾

1 . La personne

2 . Intervenants

**Propos et souhaits de la**

1 . Propos et souhaits de la personne

2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage

**Problématiques / Plan d'action**

1 . Problématiques - plan d'actions

**Documents associés au PPCS** ▾

1 . Documents multithématiques

2 . Documents médicaux

3 . Documents psychologiques

4 . Documents sociaux ▾

### ▾ Ajout de documents multithématiques liés au PPCS

Combien de documents souhaitez-vous joindre au ppcs ?

Choisir un fichier Aucun fichier n'a été sélectionné

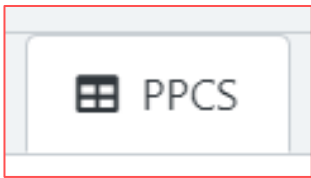
Enregistrer le fichier

Choisir un fichier Aucun fichier n'a été sélectionné

Enregistrer le fichier

Choisir un fichier Aucun fichier n'a été sélectionné

Enregistrer le fichier



# FORMULAIRE PPCS

## Volet Bilan du PPCS

### 1) Analyse des écarts

- 1 . La personne
- 2 . Intervenants
- Propos et souhaits de la personne**
- 1 . Propos et souhaits de la personne
- 2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques / Plan d'action**
- 1 . Problématiques - plan d'actions
- Documents associés au PPCS**
- 1 . Documents multithématiques
- 2 . Documents médicaux
- 3 . Documents psychologiques
- 4 . Documents sociaux
- Bilan du PPCS**
- 1 . Analyse des écarts**
- 2 . Synthèse du PPCS

#### ▼ Analyse des écarts

Objectif formulé non réalisé

Nature de l'écart

Cause des écarts

Date de réévaluation

Actions

---

► Analyse des écarts

---

► Analyse des écarts

---

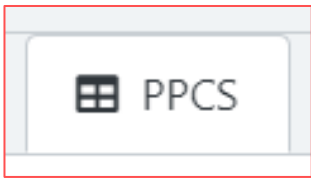
► Analyse des écarts

---

► Analyse des écarts

---

► Analyse des écarts




# FORMULAIRE PPCS

## Volet Bilan du PPCS

### 2) Synthèse du PPCS

- 1 . La personne
- 2 . Intervenants
- Propos et souhaits de la**
- 1 . Propos et souhaits de la personne
- 2 . Recueil d'informations auprès de l'entourage
- Problématiques / Plan d'action**
- 1 . Problématiques - plan d'actions
- Documents associés au PPCS**
- 1 . Documents multithématiques
- 2 . Documents médicaux
- 3 . Documents psychologiques
- 4 . Documents sociaux
- Bilan du PPCS**
- 1 . Analyse des écarts
- 2 . Synthèse du PPCS**

### ▼ Bilan du PPCS

Date de réalisation du bilan  

Synthèse


Que souhaitez-vous faire ?

- Poursuivre le PPCS
- Clôturer le PPCS
- Clôturer et générer un nouveau PPCS

Souhaitez-vous recopier les données de ce PPCS dans le suivant ?

- Oui
- Non

**Attention, le PPCS ne sera réellement clôturé qu'après avoir cliqué sur le bouton "Clôturer".**

Date de clôture 

Motif de clôture 