Une image contenant texte, Police, Graphique, logo

Description générée automatiquement 

**FICHE DE SAISINE**

pour une présentation en commission de

**Concertation Pluriprofessionnelle en Gérontologie (CPG)**

*Cette fiche, à disposition de tous les professionnels, permet de décrire la situation d’une personne âgée de plus de 60 ans qui apparaît complexe et/ou bloquée afin qu’elle soit présentée et discutée en pluridisciplinarité.*

***L’ENVOI DE CETTE FICHE ENGAGE LE PARTENAIRE ORIENTEUR A VENIR PRESENTER LA******SITUATION***

*le jour de la concertation.*

*En cas d’absence, la situation ne sera pas abordée et le partenaire sera contacté par un coordinateur parcours DAC pour évaluer les besoins.*

**Fiche à transmettre au plus tard 5 jours avant la date de la Commission à**

[**contact@rsv84.fr**](mailto:contact@rsv84.fr)

**ou contacter le 04.84.512.512**

**Secteur concerné**

* Avignon
* Carpentras
* Haut Vaucluse
* Apt
* Cavaillon - ISS

**DATE DE LA DEMANDE :**

**\* champs obligatoires**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTENAIRE(s) ADRESSANT LA DEMANDE** | | | | |
| Structure/Service 1 : | | | | Structure/Service 2 : |
| Nom-Prénom : | | | | Nom-Prénom : |
| Mail : | | | | Mail : |
| Tél : | | | | Tél : |
| **Accord obtenu de la personne \*** (ou de son représentant légal) pour le traitement de données et le partage d’informations entre professionnels | | | | |
| **IDENTITE DE LA PERSONNE EN SITUATION COMPLEXE**  *Joindre la photocopie de la carte d’identité si elle est en votre possession* | | | | |
| Monsieur  Madame | **Nom Usuel et Prénom\* :** | | | |
| **Nom de naissance\*** : | | | | |
| **Date de naissance\***: | | **Commune de naissance\*** : | | |
| Numéro de Sécurité sociale : | | | | |
| **Adresse** : | | | | |
| Téléphone fixe : | | | Téléphone portable : | |
| Vit seule  OUI  NON | | | | |
| **PROFESSIONNELS EN PLACE** | | | | |
| Médecin Traitant :       Tél : | | | | |
| Cabinet infirmier :       Tél : | | | | |
| Mesure de protection :  OUI  NON       Type de mesure :  Identité MJPM :       Tél : | | | | |
| SAAD :       Tél : | | | | |
| SSIAD : | | | | |
| **PERSONNE(s) RESSOURCE(s) A CONTACTER EN PRIORITE** | | | | |
| Nom, prénom :  Adresse :  Téléphone :  Lien avec l’usager : | | | | |
| **PLAN D’AIDE EN COURS** | | | | |
| APA : | | | | |
| MDPH : | | | | |
| Aide Sociale : | | | | |
| Portage repas : | | | | |
| Téléalarme : | | | | |
| ALD : | | | | |
| Autres : | | | | |
| **PRINCIPALES PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES** | | | | |
| Administratives et/ou financières  Besoin de protection juridique  Structures d’hébergement et d’accueil  Soins somatiques – parcours de santé - Autonomie fonctionnelle  Problématique psychique, psychiatrique et/ou cognitives (autonomie décisionnelle)  Aide à la vie quotidienne (aides insuffisantes, logement non adapté …)  Entourage – Proches aidants  Isolement social  Prévention et éducation à la santé  Emploi/ formation  Autres : | | | | |
| **COMMENTAIRES OU PRECISIONS (Facultatif)** | | | | |
|  | | | | |

Le DAC dispose de moyens informatiques destinés à faciliter la gestion et le suivi des personnes accompagnées par les coordinateurs de parcours du DAC.

Les informations enregistrées sont réservées à l’usage des services du DAC. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication, rectification ou suppression des informations la concernant en adressant une demande au DAC.