 

**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**

**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.