

LA PERSONNE ET SES CONTACTS UTILES		Numéro du PPS : 127	Date de la version en cours : 09/09/2019		
NOM	P	Adresse	Texte		
Prénom	Texte	Code postal / ville	Texte		
Date de Naissance	21/07/1973	N° de téléphone	Texte	Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Situation familiale	DIVORCE	Profession / scolarité			
<input type="checkbox"/> Régime Général <input checked="" type="checkbox"/> Autre Régime, précisez : Texte		N° Sécurité Sociale	Mutuelle :	Si oui, nom de la mutuelle : Texte	
			<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
			Caisse de retraite :	Si oui, nom de la caisse de retraite :	
			<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
ALD : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nombre ALD :	<input checked="" type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité <input type="checkbox"/> AAH (Allocation Adulte Handicapé)		<input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées) <input type="checkbox"/> Rente Accident du Travail <input type="checkbox"/> Autre :		
APA : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	GIR (1 A 6) :		Recherche d'hébergement en cours : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
DMP du patient ouvert : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Consentement signé intégré au DMP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Aidant : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien de parenté : SA MAMAN, SA FRATERIE Nom : SA MAMAN Tél : Texte Email :		Référents familiaux/amicaux : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien de parenté : SA MAMAN, SA FRATERIE Nom : SA SŒUR SA BELLE SŒUR		Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien de parenté : Nom : Tél : Email :	

CONTACTS UTILES

Niveau d'information	Catégorie professionnelle	Nom et prénom du signataire ou Nom de l'organisme	Accès aux informations (par défaut oui, si non, cochez la case)	Téléphone	Email	Participation à l'élaboration du PPS
Niveau 1	Médecin traitant	DR	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infirmier	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte	Texte	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Kinésithérapeute	M.	<input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Ergothérapeute	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Orthophoniste	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Psychiatre	CMP	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Neurologue	DR	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Médecin MPR	DR	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Niveau 2	Assistant social	MME	<input type="checkbox"/> Non		Texte	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
		MME	<input type="checkbox"/> Non			<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Plateforme territoriale d'appui	PALEX - BOUHALLIER MARGAUX	<input type="checkbox"/> Non	02 43 56 12 12	margaux.bouhallier@social.mssante.fr	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne	SAAD	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	SAVS	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mandataire judiciaire	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LA PERSONNE NOM : P PRENOM : Texte DATE DE NAISSANCE : 21/07/1973	Numéro du PPS	127	
	Préférence de la personne	MAINTIEN A DOMICILE	
	Priorité actuelle de la personne	A l'initiation : RETOUR A DOMICILE Date : 09/09/2019	Au 1 ^{er} point d'étape : Date :

PLAN PERSONNALISE DE SANTE A L'INITIATION

Problèmes classés par priorité	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critère d'atteinte des résultats / Commentaires	Date bilan d'étape	Atteinte des résultats et commentaires
ACCOMPAGNEMENT DES FILLES DE MONSIEUR	INITIER UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	SOLLICITATION DE L'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS ET MALADIES RARES (EMSP)	DR > EMSP	ACCEPTATION DES FILLES, INVESTISSEMENT DANS LES ECHANGES RELAIS AUPRES DE PSYCHOLOGUES EN LIBERAL LE CAS ECHEANT	19/09/19	L'ASSISTANTE SOCIALE DU CH A EU L'EMSP : UNE INFIRMIERE VA PRENDRE CONTACT AVEC MME X POUR UNE RENCONTRE A DOMICILE SI LES FILLES SONT D'ACCORD
	MULTIPLIER LES ACTIVITES PERE/FILLES	AUTANT QUE POSSIBLE ET DANS LA LIMITE DES DISPONIBILITES : INTERVENTION DU SAVS A DOMICILE POUR « STIMULER » ET ACCOMPAGNER VERS DES ACTIVITES PERE/FILLES	SAVS	ACTIVITES AUSSI REGULIERES QUE POSSIBLE, BONNE ACCEPTATION DE MONSIEUR ET DES FILLES, BENEFIQUE POUR LES LIENS PERE/FILLES		

	DIMINUER LE TEMPS DE PRESENCE DES FILLES DE MONSIEUR CHEZ MONSIEUR, MAIS LE RENDRE PLUS PROFITABLE POUR TOUS	ACCORD ENTRE MONSIEUR ET SA FAMILLE, ET LA MAMAN DES FILLES ; DIMINUTION DES TEMPS DE PRESENCE CHEZ MONSIEUR - PRESENCE DES FILLES PLUS PONCTUELLES, SUR DES PLAGES HORAIRES PLUS COURTES (QUELQUES HEURES) - PLUS AUCUNE NUIT PASSEE CHEZ MONSIEUR	FAMILLE, AVEC APPUI DU MEDECIN TRAITANT	MOINS DE TEMPS PASSE CHEZ LEUR PAPA, MAIS « DE MEILLEURE QUALITE », BONNE ACCEPTATION DES FILLES ET DE MONSIEUR, MISE EN PLACE D'UNE ORGNISATION REGULIERE CONVENANT A TOUS		
ALIMENTATION	SECURISER LE TEMPS DES REPAS ET VEILLER A UNE ALIMENTATION DE QUALITE ET EQUILIBREE	POSE D'UNE GASTROSTOMIE, QUI N'A PAS VOCATION A ETRE UTILISEE POUR L'INSTANT : MAINTIEN D'UNE ALIMENTATION NORMALE				
		MISE EN PLACE DE PORTAGE DE REPAS 7J/7 (VIA L'EHPAD OU AUTRE PRESTATAIRE)	CURATRICE	QUALITE DES REPAS SATISFAISANTE POUR MONSIEUR ; REPAS CONSOMMES		
		MISE EN PLACE D'UN TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT AUX REPAS CHAQUE MIDI ET CHAQUE SOIR 7J/7 (L'EQUIVALENT D'ENVIRON 30' PAR REPAS)	SAAD	REPAS CORRECTEMENT PRIS, STIMULATION EFFICACE, PAS DE FAUSSE ROUTE		
PRESERVER LES ACQUIS	MAINTIEN DES SEANCES D'ORTHOPHONIE POUR ENTRETIEN DES ACQUIS, TOUS LES 15 JOURS	ORTHOPHONISTE	BONNE DEGLUTITION, PAS DE FAUSSE ROUTE, PAS DE DEGRADATION DE LA SITUATION	19/09/19	REPRISE DES SEANCES UN MARDI SUR DEUX A 14H A COMPTER DU 1 ^{ER} /10 => ACCOMPAGNEMENT VIA L'ADMR	
TRAITEMENT	SECURISER LA PRISE MEDICAMENTEUSE	PASSAGE IDEL MATIN ET SOIR	IDEL	PRISE SECURISEE		
HYGIENE	STIMULER MONSIEUR AUX ACTES D'HYGIENE	PASSAGE DU SSIAD LE SOIR DU LUNDI AU VENDREDI	SSIAD	PRESENCE DE MONSIEUR AU DOMICILE LORS DES PASSAGES DU SSIAD VERS 18H30, HYGIENE		

				SATISFAISANTE, BONNE ACCEPTATION DE MONSIEUR		
	VEILLER AU PORT DES CHANGES	STIMULATION, VERIFICATION DU PORT ET DU CHANGEMENT DES CHANGES PAR LES IDEL LE MATIN, ET PAR LE SSIAD LE SOIR	IDEL, SSIAD			
MOBILITE	PRESERVER LES ACQUIS DE L'HOSPITALISATION POUR LA MARCHE	REPRISE DES SEANCES DE KINE 2 A 3 FOIS PAR SEMAINE	KINE	BONNE ADHESION AUX SEANCES, PAS DE DETERIORATION DE LA SITUATION	19/09/19	REPRISE DES SEANCES LES LUNDIS, MERCREDI ET VENDREDI A 13H => ACCOMPAGNEMENT VIA LE SAAD
		PAR LE BIAIS DE L'EDUCATEUR SPORTIF DU CH : REFLEXION AUTOUR DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE, PRISE DE CONTACT, RELAIS AUPRES DE PALEX SI BESOIN	EDUCATEUR SPORTIF DU CH > ORIENTATION VERS COLLEGUES ?		19/09/19	PAS DE REPOSE SUR COMMUNE DE M. P : DES POSSIBILITES PAYANTES EN GROUPE A ST BERTHEVIN OU LAVAL => A VOIR SI MONSIEUR EST PARTANT ?

ENTRETIEN DU LOGEMENT	ACCOMPAGNEMENT DE MONSIEUR DANS L'ENTRETIEN DE SON LOGEMENT, VEILLER A FAIRE AVEC LUI, ET NON FAIRE POUR LUI + VIGILANCE SUR LE FRIGO + LINGE	PRESENCE DU SAAD - LE LUNDI MIDI 2H30 - DU LUNDI SOIR AU VENDREDI SOIR : 1H30 LE MIDI ET 1H LE SOIR POUR ACCOMPAGNER MONSIEUR AUX REPAS ET A L'ENTRETIEN QUOTIDIEN DE SA MAISON - (AINSI QUE 30 MIN MIDI ET SOIR LE WEEK-END POUR ACCOMPAGNEMENT AUX REPAS)	SAAD	BONNE ACCEPTATION DE MONSIEUR POUR PARTICIPER AUX TACHES MENAGERES, LOGEMENT ENTRETENU		
COURSES	ACCOMPAGNER MONSIEUR AUX COURSES	AUTANT QUE POSSIBLE ET DANS LA LIMITE DES DISPONIBILITES : ACCOMPAGNEMENT VIA LE SAVS	SAVS	BONNE GESTION DES DENREES, LIEN AVEC LE SAAD LE CAS ECHEANT POUR SUIVI DES BESOINS AU DOMICILE		
LIEN SOCIAL, LIEN VERS L'EXTERIEUR, ACCOMPAGNEMENT RAPPROCHE	MAINTENIR LA PRESENCE DE MONSIEUR AU SAVS, CE QUI LE STIMULE BEAUCOUP ET QUI L'OBLIGE A SE PREPARER POUR SORTIR DE CHEZ LUI	MAINTIEN DU SAVS PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINES (NOTAMMENT LUNDI, MERCREDI ET JEUDI)	SAVS	MAINTIEN DE L'ATTRAIT DE MONSIEUR POUR SAVS		
VIE QUOTIDIENNE	FACILITER L'ACCES AU LOGEMENT	MISE EN PLACE D'UNE BOITE A CLES	FAMILLE	BOITE A CLES EN PLACE, ET UTILISEE PAR LES ACTEURS	19/09/19	BOITE A CLES POSEE ET EN SERVICE
	PERMETTRE A MONSIEUR ET AUX INTERVENANTS DE SE REPERER PAR RAPPORT AUX ACTIVITES PROPOSEES	MISE EN PLACE D'UN TABLEAU TYPE REPRENANT LES JOURS DE LA SEMAINE ET LES ACTIVITES ASSOCIEES - TABLEAU QUI POURRA ETRE AFFICHE CHEZ MONSIEUR	PALEX (AU REGARD DE L'ORGANISATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS AUPRES DE MONSIEUR)	BONNE COMPRHENSION ET UTILISATION DU TABLEAU	19/09/19	REDACTION D'UN PREMIER TABLEAU TYPE SEMAINIER => RELAI PAR LA FAMILLE POUR L'INSTALLATION D'UN TABLEAU VELEDA A DOMICILE + TABLEAU LIEGE => LE SAAD FERA VIVRE CE TABLEAU

SUIVI PSYCHOLOGIQUE	ASSURER UN SUIVI REGULIER	MAINTIEN DES CONSULTATION UNE FOIS PAR AN AU CMP	FAMILLE > CMP	SUIVI REGULIER		
CONDUITE	A TERME, CHEMINER VERS LA VENTE DE LA VOITURETTE ET STOPER LA CONDUITE	DISOURS COMMUN DE TOUS LES INTERVENANTS	CURATRICE, TOUS LES INTERVENANTS	A TERME DANS L'IDEAL : PLUS DU TOUT DE CONDUITE		
SUIVI GLOBAL	LIMITER LES INTERVENANTS	RENSEIGNEMENTS VIA LA CURATRICE AUPRES DE AUTRE SAAD POUR PRESTATAIRE UNIQUE	CURATRICE		19/09/19	EN ATTENTE - A VOIR SI L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSE PAR LE SAAD PEUT ETRE ADAPTE
PERTE D'AUTONOMIE	ANTICIPER LA PERTE D'AUTONOMIE	DEPOT DEJA REALISE AUPRES DE LA MDA D'UN DOSSIER POUR ORIENTATION VERS UN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE > ATTENTE DE LA NOTIFICATION MDA (LA FAMILLE PEUT APPELER REGULIREMENT POUR FAIRE ETAT DE L'URGENCE DE LA SITUATION) + SUIVI DE L'EVOLUTION DU DOSSIER JUSQU'A TERME, OBTENTION D'UNE PLACE	CURATRICE	A TERME : OBTENTION D'UNE PLACE EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE		