

LA PERSONNE ET SES CONTACTS UTILES		Numéro du PPS : 129		Date de la version en cours : 20/09/2019	
NOM	B	Adresse		Texte	
Prénom	Texte		Code postal / ville		Texte
Date de Naissance	23/12/1927	N° de téléphone		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Situation familiale			Profession / scolarité		RETRAITEE
<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> Autre Régime, précisez :		N° Sécurité Sociale		Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom de la mutuelle :
				Caisse de retraite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom de la caisse de retraite :
ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nombre ALD :		<input 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 type="checkbox"/> Non		GIR (1 A 6) :		Recherche d'hébergement en cours : <input 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 : FILLE		Référénts familiaux/amicaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien de parenté :		Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien de parenté :	
Nom : MME X		Nom :		Nom :	
Tél : Texte Email : Texte		Tél : Email :		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	Texte	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infirmier	MME	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pharmacien		<input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Kinésithérapeute	MME	<input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	SSIAD	SSIAD	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	EAAR	MME	<input type="checkbox"/> Non		Texte	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Autre		<input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Niveau 2	Assistant social	MDA	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
	Plateforme territoriale d'appui	MME BAUNARD SOLENE-PALEX	<input type="checkbox"/> Non	Texte		<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
Niveau ...	Autre (précisez le niveau d'informations)		<input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LA PERSONNE NOM : B PRENOM : Texte DATE DE NAISSANCE : 23/12/1927	Numéro du PPS	129	
	Préférence de la personne	MAINTIEN A DOMICILE	
	Priorité actuelle de la personne	A l'initiation : Date : 20/09/2019	Au 1 ^{er} point d'étape : Date : 20/12/2019

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	Partage informations
TROUBLES DE L'HUMEUR/ COMPORTEMENT	INFORMER CHAQUE NOUVEAU INTERVENANT EN AMONT DES TECHNIQUES DE PRISES EN CHARGE	RECUEIL DES ELEMENTS DE LANGAGE, TRANSMISSIONS D'INFORMATIONS.	TOUS LES ACTEURS	TROUBLES DE L'HUMEUR MAITRISES		> PARLER/OFFRIR DES FLEURS > PRESENCE POSSIBLE DE LA FAMILLE SI PERIODE COMPLIQUEE > PROPOSITION DU JUS DE RAISIN PLUTOT QUE VIN > NE PAS FORCER	<input type="checkbox"/> MDA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> EAAR
REPAS	SOLLICITER LES REPAS AU MAXIMUM	CONTINUER LE COMPLEMENT ALIMENTAIRE, INCITER AVEC DU JUS DE FRUIT	SAAD + TOUS LES INTERVENANTS	LIMITATION DES CARENCES			<input type="checkbox"/> MDA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> EAAR
		PARTAGE DES REPAS AVEC SA FAMILLE	FAMILLE				<input type="checkbox"/> MDA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> EAAR
	SURVEILLER UNE EVENTUELLE CARENCE/PERTE DE POIDS	SURVEILLANCE VIA D-NUT/MNA	IDEL/MT				<input type="checkbox"/> MDA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> EAAR
SECURISER L'AVENIR	REALISER LES DEMARCHES VIA TRAJECTOIRE	COMPLETUDE DU DOSSIER PAR LA FAMILLE PUIS PAR DR	FAMILLE > MT	DOSSIER COMPLET			<input type="checkbox"/> MDA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> EAAR

RISQUE DE CHUTE	PERMETTRE DES TRANSFERTS SECURISES	AVIS ERGO ET KINE SUR DES TRANSFERTS ADAPTES	ERGO/KINE > SAAD/SSIAD	TRANSFERTS SECURISES		TRANSFERTS EN DEAMBULATEUR + SUIVI AVEC FAUTEUIL ROULANT ? MME NE VEUT PAS FORCEMENT DU FAUTEUIL ROULANT	■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
	SECURISER LE LOGEMENT	CONSEILS SUR L'AMENAGEMENT DE LA CHAMBRE POUR LIBERER L'ESPACE	ERGO>FAMILLE	LOGEMENT ACCESSIBLE			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
		CONSEILS SUR LA REALISATION DES TRAVAUX POUR LE CHAUFFAGE ...	ERGO>FAMILLE	LOGEMENT ACCESSIBLE		FILS ELECTRIQUES ...	■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
MOTRICITE	INCITER LEGEREMENT A BOUGER + CAR DOULEUR LIEE AU MANQUE DE MOBILISATION	CONSEILS DE LA KINE VERS TOUS LES INTERVENANTS	KINE>PALEX>SAAD ET SSIAD	LIMITATION DES DOULEURS			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
INSTALLATION AU FAUTEUIL	VOIR COMMENT REMPLACER LE FAUTEUIL EN OSIER	INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE EN LIEN AVEC LE SAAD	ERGO>SAAD	INSTALLATION AU FAUTEUIL CORRECTE			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
	FAVORISER UNE POSITION NON DOULOUREUSE	INTERVENTION DE L'ERGOTHERAPEUTE EN LIEN AVEC LE SAAD	ERGO>SAAD				■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
MEDICAMENTS	VEILLER A LA PRISE DE MEDICAMENTS	SURVEILLANCE	IDEL/SAAD/SSIAD/FAMILLE	MEDICAMENTS PRIS			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
PROBLEMES CUTANES	CONTINUER SOINS VULVAIRES	MAINTIEN DU PASSAGE IDEL	IDEL	LIMITATION DES PROBLEMES			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR
TOILETTE +CHANGE +MISE AU MONTAUBAN	CONTINUER PASSAGE COORDONNE SAAD/SSIAD	MAINTIEN DU PASSAGE SSIAD ET SAAD	SSIAD/SAAD	INTERVENTIONS SECURISEES ET ORGANISEES			■ MDA ■ SAAD ■ EAAR