

Votre référente de proximité

Maurienne :

Johanna TORRI

☎ 04 79 62 29 69

📞 06 48 84 42 32

✉ j.torri@reseaux-sante73.fr

Maison des Réseaux de Santé de Savoie
Dispositif d'appui à la coordination

5 rue Pierre et Marie Curie - 73000 CHAMBERY

☎ : 04 79 62 29 69

Fax : 04 79 62 39 71

Permanence de l'accueil du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

Site : www.reseaux-sante73.fr

Financé par :



Porté par :



**Dispositif d'Appui
à la Coordination
en Santé**

**Soutien aux professionnels
pour des patients
en situation complexe**

Contactez-nous

☎ : 04 79 62 29 69

Courriel : info@reseaux-sante73.fr

Contactez-nous pour le maintien et la vie à domicile de vos patients en situation complexe

Quelle que soit la pathologie

Sans critère d'âge

En cas de :

- ◆ apparition d'une pathologie,
- ◆ aggravation d'une pathologie existante,
- ◆ épuisement des aidants,
- ◆ rupture des soins,
- ◆ difficulté de coordination des intervenants, ...

Vous êtes professionnels de santé du champ médical ou social, en accord avec le patient, nous vous apportons un appui pour :

Orienter
vers le dispositif adéquat

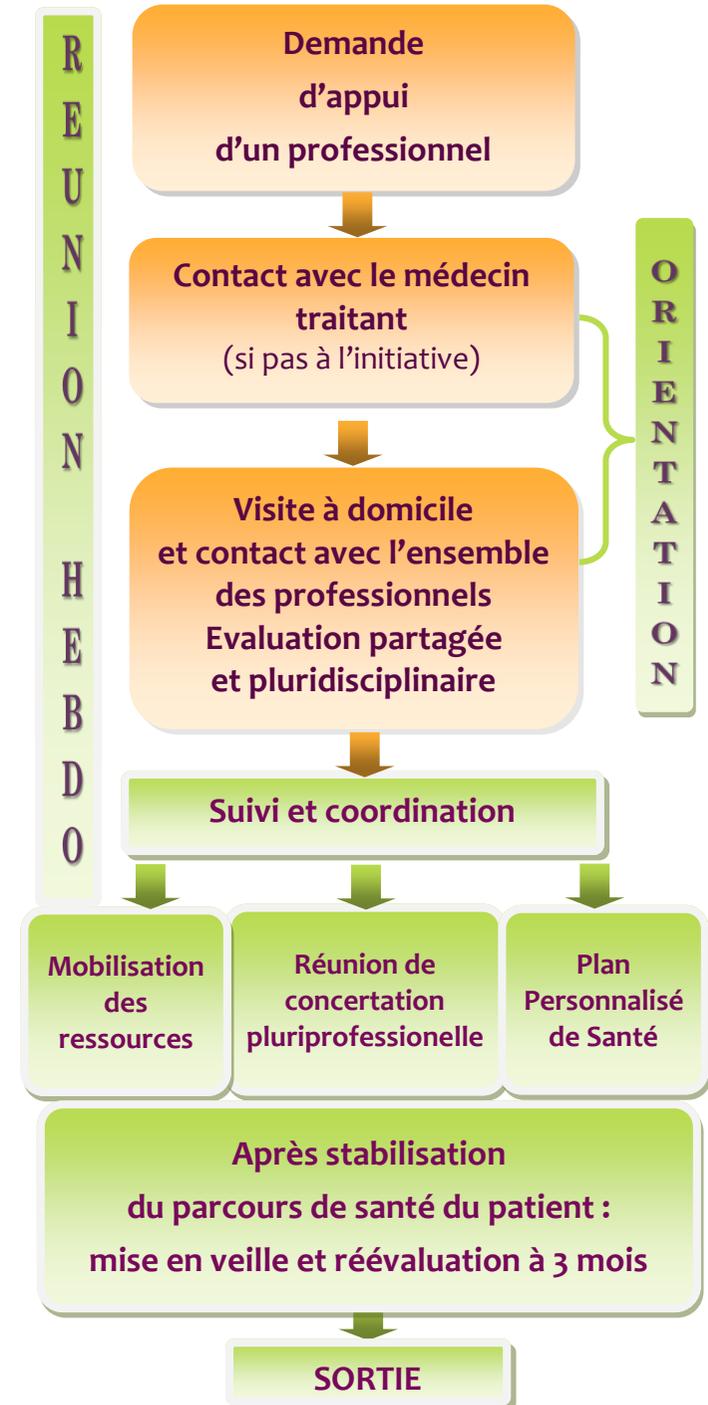
Faciliter la coordination
des acteurs

Favoriser l'accès aux aides
(humaines, matérielles, sociales...)

Prévenir
les difficultés du maintien et de la vie à domicile

Agir en médiation

Déroulement de notre intervention



FICHE DE DEMANDE D'APPUI

Initié et financé par l'ARS, ce dispositif est porté depuis 2014 par la Maison des Réseaux de Santé de Savoie. Déployé sur l'ensemble du département de la Savoie, il apporte un appui aux professionnels médicaux et sociaux dans des missions de coordination. Le référent de proximité peut vous aider, en lien avec l'ensemble des professionnels, à consolider ou à construire le parcours de santé du patient.

Date : _____

PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Structure : _____

Ville : _____

Tél : _____ Email : _____

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : H F

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

- ◆ Le patient accepte-t-il notre intervention ?
 OUI NON
- ◆ Dans le cas où le patient ne peut exprimer son consentement éclairé, l'entourage accepte-t-il notre intervention ?
 OUI NON

MOTIFS DE LA DEMANDE

En tant que professionnel, j'ai besoin d'un appui pour :

- Connaître et Orienter le patient vers des dispositifs adéquats
- Connaître l'ensemble des intervenants
- Améliorer la coordination des acteurs autour du projet de santé du patient
- Mieux connaître la situation du patient
- Mieux connaître le projet du patient et faire concorder les interventions des différents professionnels
- Organiser une Réunion de Concertation Pluri professionnelle (RCP)
- Prévenir les difficultés du maintien et de la vie à domicile
- Faciliter l'accès aux aides pour le patient :
 - humaines (*auxiliaires de vie, IDE, etc.*)
 - sociales
 - aménagement du domicile
 - matériel (*fauteuil, etc.*)
- Consolider le retour à domicile
- Favoriser la réintégration du patient dans le parcours de santé
- Autres :



SITUATION DU PATIENT

SITUATION MEDICALE

- Aggravation récente de la situation médicale
- Hospitalisations itératives
- Rupture / refus de soins et/ou des aides
- Mal observance médicamenteuse
- Troubles du comportement ou psychiatriques
- Troubles cognitifs
- Troubles de la motricité
- Atteinte sévère des sens : _____
- Addiction(s) : _____
- Maladie(s) chronique(s) : _____
- Poly pathologies invalidantes
- Autre : _____

SITUATION SOCIALE

- Précarité financière
- Couverture sociale insuffisante
- Isolement social
- Défaillance de l'entourage (*fatigue, hospitalisations, incapacité, etc.*)
- Risque de maltraitance

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- Difficultés dans les actes de la vie quotidienne (*toilette, habillement, continence, mobilité, nutrition, etc.*)
- Difficultés dans les actes de la vie domestique (*travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches, etc.*)

ENVIRONNEMENT

- Logement inadapté
- Isolement géographique

CONTEXTE

- Absence d'aidants
- Epuisement de(s) l'aidant(s)
- Conflits intrafamiliaux
- Aides extérieures insuffisantes
- Manque de coordination entre les intervenants
- Epuisement des équipes intervenant au domicile

INTERVENANTS CONNUS

- Médecin Traitant : _____
- Médecin Spécialiste : _____
- Soins infirmiers : _____
- Référent Conseil Départemental : _____
- Service Social : _____
- Service d'aide à domicile : _____
- Autres : _____

ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES A SIGNALER

Les demandes peuvent être adressées par :

FAX 04 79 62 39 71

 04 79 62 29 69

 www.reseaux-sante73.fr