



DATE :

ADRESSEUR (FONCTION, SERVICE, ORGANISME)

CONTACTS

  
   
 @

La personne concernée/son représentant légal est informé(e) ET consent à la création du dossier OIIS (annexe à remplir et signer) ainsi qu'à l'orientation vers le service de gestion de cas :  Oui  Non

## La personne concernée

Nom/Prénom (s)   H  F

Date de naissance  Téléphone

Adresse

## Environnement social et familial :

La personne vit :  Seul(e)  En couple  Autre :

Nombre total d'enfants

Nombre d'enfants aidants

Le référent  Tuteur  Aidant familial (lien : )

Nom/Prénom (s)  Téléphone

Adresse

Désigné comme personne de confiance :  Oui  Non

Procédure de mise sous tutelle en cours :  Oui  Non

## Coordonnées du Médecin Traitant



    @

## Coordonnées des intervenants (Nom et Tél):

SAAD :  IDEL/SSIAD :

Masseur-kinésithérapeute :

Autre (Orthophoniste, ESA, UMSSA, EMGP, UIGP,...) :

Souhait de la personne :  Maintien à domicile  Entrée en établissement (ex : EHPAD)

Autres :

## Les 3 critères doivent être cumulés pour une orientation en gestion de cas

### **Critère 1 : Problème d'autonomie fonctionnelle, relevant du champ médical et d'autonomie décisionnelle (Ces trois conditions devant être présentes pour valider le critère 1)**

#### Problèmes d'autonomie fonctionnelle :

- Altération dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, se nourrir)
- Altération dans les activités de la vie domestique (faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, gérer le budget, gérer les médicaments, utiliser les moyens de communication, utiliser les transports)

#### ET Problèmes relevant du champ médical : (Troubles cognitifs et pathologies actives)

- Absence de suivi médical
- Pertes de mémoire
- Hospitalisations répétées
- Pathologie chronique
- Chutes, pertes de l'équilibre
- Désorientation
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Problèmes sensoriels (à préciser) :
- Troubles de comportement (à préciser) :

#### ET Problèmes d'autonomie décisionnelle d'origine individuelle ou environnementale :

- Difficultés dans prise de décision
- Difficultés dans la gestion administrative et financière
- Mise en danger de sa personne
- Difficultés d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins

Observations

### **Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés**

- Refus d'aide ou de soins par la personne ou son entourage
- Précarité économique
- Logement inaccessible, inadapté (risques de chutes ou d'accident)
- Logement vétuste ou insalubre

Observations

### **Critère 3 : Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins, les aides et soins**

- Isolement
- Epuisement des aidants
- Problématique familiale (conflit, projet non partagé, déni ou incompréhension de la maladie, ou interlocuteur multiples, refus de la personne d'impliquer ses proches)

Observations

Données d'évaluation connues  MMS   GIR   APA   NPI

Commentaires motivant l'orientation

**Merci de joindre les comptes-rendus d'évaluation à cette fiche**

## EXEMPLAIRE A FAIRE SIGNER AU PATIENT (1/1)

Exemplaire à imprimer en deux exemplaires et à faire signer par le patient.

Conserver une copie numérique dans le dossier LIEN :  
Type de document : Volontés et droits du patient.

### 1. MON IDENTITE

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Nom marital \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Sexe \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_  
Adresse email \_\_\_\_\_

### 2. CONSENTEMENTS

Je suis majeur, ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle, j'ai été informé(e) et je consens au traitement et au partage des données de santé à caractère personnel me concernant par l'équipe de prise en charge définie dans mon dossier partagé.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal de l'utilisateur mineur ou majeur bénéficiant d'une mesure de tutelle, j'ai été informé(e) et je consens en cette qualité au traitement et au partage des données de santé à caractère personnel le concernant par l'équipe de prise en charge définie dans mon dossier partagé.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant légal :

Plus d'informations relatives au droit d'opposition ou de rétractation :  
[Contact@oiiis.re](mailto:Contact@oiiis.re) ou 0800 123 974

Le programme OIIS a reçu l'autorisation de la CNIL, par délibération CNIL 2016-394 du 15 décembre 2016