

**DOSSIER DE
COORDINATION ET
DE SANTÉ
appartenant à
Madame / Monsieur**

.....

**Ce dossier contient des
informations confidentielles.**

**Vous ne pouvez le consulter
qu'avec
l'accord du titulaire.**



FICHE PERSONNELLE

Nom :

Prénom :

Ce qui est important pour moi

Date	

Aide pour remplir ce document :

- Animal domestique ?
- Qui prévenir en cas de nécessité, autre que référent (s) ?
- Pratique culturelle/culturelle ? (interdits alimentaires, ...)
- Situation : Appart sans ascenseur, maison individuelle,

Complété le :

Par :

Avec :

MES COORDONNÉES

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
.....
☎ : _ / _ / _ / _ / _ / _
Vit seul (e) : OUI NON

COUVERTURE SOCIALE

Numéro d'immatriculation sécurité sociale :
Caisse d'assurance maladie :
Caisse de retraite :
Mutuelle :

RÉFÉRENTS

FAMILIAUX

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
☎ travail: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ domicile: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ mobile: _ / _ / _ / _ / _ / _

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
☎ travail: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ domicile: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ mobile: _ / _ / _ / _ / _ / _

ENTOURAGE

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
☎ travail: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ domicile: _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ mobile: _ / _ / _ / _ / _ / _

REPRESENTANT LEGAL (curateur, tuteur...)

Nom : Organisme :
Adresse :
Code postal : _____ Commune :
☎ : _ / _ / _ / _ / _ / _ ☎ mobile: _ / _ / _ / _ / _ / _

LE PLAN D'AIDE
Dans le cadre de l'allocation personnalisée

Evaluateur APA :Le :

GIR :

NATURE DE L'INTERVENTION	INTERVENANT	DETAIL
<i>Aide à la personne</i>		
<i>Aide à l'environnement</i>		
<i>Aides techniques</i>		
<i>Adaptation du logement</i>		
<i>Accueil de jour</i>		
<i>Accueil temporaire</i>		
<i>Souhait de la personne</i>		
<i>Remarques de l'évaluateur</i>		

Dossier appartenant à :



FICHE MÉDICALE
(à remplir en coordination avec le médecin traitant)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :/...../...../...../...../...../.....

Mutuelle :

✉ :

☎ :/...../...../...../.....

Médecin traitant :

✉ :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

Spécialiste :

✉ :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

Spécialiste :

✉ :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

Spécialiste :

✉ :

☎ :/...../...../...../..... ☎ :/...../...../...../.....

ANTÉCÉDENTS PRINCIPAUX MÉDICAUX / CHIRURGICAUX



EVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARDISÉE

Date : -----

Nom : ----- Nom de jeune fille : -----

Prénom : ----- Date de naissance : -----

Poids :kg Taille estimée : IMC :

Résultats des tests effectués :

- MMSE version du GRECO :
- Horloge :
- 4 IADL :
- MNA :
- GDS :
- Up and Go test:
- Appui unipodal:
- Evaluation douleur :
- GIR estimé :
- Autre :

Ce dossier a été rempli par : ----- Avec : -----

FICHE DE LIAISON ENTRE LES INTERVENANTS

Nom :

Prénom :

Suivi entre intervenants

<i>Date</i>	<i>Commentaire</i>	<i><u>Intervenant</u> : Nom, Prénom, Qualité et Signature</i>



NOTE D'INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

Vous allez être pris en charge par le réseau Gérard Cuny. Les informations ci-dessous présentent le réseau et les modalités qui vous accompagneront tout au long de votre prise en charge.

Ce réseau a été créé :

- pour améliorer la prise en charge coordonnée et globale des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de fragilité ou de dépendance sur l'agglomération de Nancy ;
- pour préserver chaque fois que possible le désir de ces personnes de rester à leur domicile
- pour veiller à la bonne qualité des décisions et des éventuelles conditions d'hospitalisation ou d'admission en établissement médicosocial.

Il est géré par une Association loi 1901, sans but lucratif, et sa constitution repose sur la participation des professionnels intervenant autour des personnes âgées.

Avant toute inclusion dans le réseau l'équipe sollicite votre accord, ainsi que celui de votre médecin traitant, qui continue d'assurer votre suivi.

Vous pouvez sortir du réseau à tout moment à votre demande. Vous sortez aussi en cas de déménagement hors de l'agglomération de Nancy.

Pour permettre la circulation d'informations entre les professionnels, les membres du réseau mettent en place un dossier commun appelé « dossier de santé », et des outils spécifiques de transmission d'informations entre différents partenaires.

La notion de confidentialité est respectée par tous, ainsi que les dispositions du décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et de soins infirmiers et à l'information des personnes accueillies dans les établissements publics et privés.

Sur le plan de la gestion informatisée des dossiers, l'application informatique a fait l'objet d'une demande d'agrément auprès du Comité National Informatique et Liberté (CNIL).

Lu, le

Nom :

Signature :

Signature de la personne de confiance s'il y a lieu :