Plan personnalisÉ de santÉ (PPS)

[La personne et ses contacts utiles](#personne_contacts)

[Plan de soins](#plan_soins), [Plan d’aides](#plan_aides)

[Suivi du PPS](#suivi_PPS)

[Annexe : Check-list d’aide à l’identification des priorités des professionnels](#check_list)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **La personne et ses contacts utiles** | | | | | | | | | ***Nom :*** |  |
| ***Prénom :*** |  |
| ***Date de naissance :*** |  |
| **Numéro du PPS** |  | | **Date de la version en cours** | | | | …../……./……. | |  | |
| **Coordonnateur du PPS (fonction)** |  | | | | | | | | | |
| **Informations sur la personne** | | | | | | | | | | |
| **Adresse de la personne** |  | | | | | | | | **Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS** | 🞎Oui  🞎Non |
| **Aidant** | *Nom :* | | | *Tel* | | *email* | | | **ALD** 🞎Oui 🞎Non | N° de l’ALD \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Référents familiaux /amicaux** | *Nom :* | | | *Tel* | | *email* | | | **APA** 🞎Oui 🞎Non | |
| **Numéro de sécurité sociale** |  | | | | |  | | | **Classe GIR si évaluation** | \_\_\_\_\_\_\_ (1 à 6) |
| **Caisse de retraite** |  | | | | | | | | **Recherche d’hébergement en cours** | 🞎Oui  🞎Non |
| **Mutuelle** |  | | | | | | | | | |
| **Contacts utiles** | | | | | | | | | | |
|  | | Nom | | | Téléphone | | | email | | |
| **Médecin traitant** | |  | | |  | | |  | | |
| **Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD** | |  | | |  | | |  | | |
| **Pharmacien d’officine** | |  | | |  | | |  | | |
| **Kinésithérapeute** | |  | | |  | | |  | | |
| **Ergothérapeute** | |  | | |  | | |  | | |
| **Autre médecin** | |  | | |  | | |  | | |
| **IDE ETP** | |  | | |  | | |  | | |
| **Gériatre** | |  | | |  | | |  | | |
| **SSIAD/SAD/SPASAD** | |  | | |  | | |  | | |
| **Coordonnateur d’appui (réseau, équipe mobile)** | |  | | |  | | |  | | |
| **Service social (CLIC, CCAS…)** | |  | | |  | | |  | | |
| **Travailleur social (APA…)** | |  | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **La personne** | | | | | ***Nom :*** |  |
| ***Prénom :*** |  |
| ***Date de naissance :*** |  |
| Numéro du PPS |  | Date de la version en cours | …../……./……. |  |  | |
| Coordonnateur du PPS |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan de soins** | | | | | | | |
| **Suivi** | **Date** | **Problèmes**  ***classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux*** | **Objectifs partagés** | **Actions** | **Intervenants** | **ETP** | **Critères d’atteinte des résultats** |
| **Initiation** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |
| **Point d’étape 1** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |
| **Point d’étape 2** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan d’aides** | | | | | | | |
| **Suivi** | **Date** | **Problèmes**  ***classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux*** | **Objectifs partagés** | **Actions** | **Intervenants** | **ETP** | **Critères d’atteinte des résultats** |
| **Initiation** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |
| **Point d’étape 1** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |
| **Point d’étape 2** | …../……./……… |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Suivi du PPS** | | | | ***Nom :*** |  |
| ***Prénom :*** |  |
| ***Date de naissance :*** |  |
| **Préférences de la personne :** ……………………….. | | | | | |
| **Priorités** | | | | | |
| **Suivi** | **Date** | **Professionnels ayant élaboré le PPS** | **Priorité actuelle de la personne** | **Problèmes identifiés et classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux** | **Résumé de l’atteinte des objectifs partagés** |
| **Initiation** | …../……./……… |  |  |  |  |
| **Point d’étape 1** | …../……./……… |  |  |  |  |
| **Point d’étape 2** | …../……./……… |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Annexe : check-list d’aide à l’identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)** | | | | | | | |
| **Problèmes** (fréquents, transversaux et modifiables) | **Suivi** | | | **Problèmes** (fréquents, transversaux et modifiables) | **Suivi** | | |
|  | **Initiation** | **Point d'étape 1** | **Point d'étape 2** |  | **Initiation** | **Point d'étape 1** | **Point d'étape 2** |
| **Problèmes liés aux médicaments** |  |  |  | **Précarité** |  |  |  |
| * accident iatrogène |  |  |  | * financière |  |  |  |
| * automédication à risque |  |  |  | * habitat |  |  |  |
| * prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants) |  |  |  | * énergétique |  |  |  |
| * problème d’observance |  |  |  |
| * adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants) |  |  |  | **Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne** |  |  |  |
| * soins personnels/toilette |  |  |  |
| **Organisation du suivi** |  |  |  | * habillage |  |  |  |
| * pas de déplacement à domicile du médecin traitant |  |  |  | * aller aux toilettes |  |  |  |
| * multiples intervenants |  |  |  | * continence |  |  |  |
| * investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes |  |  |  | * locomotion |  |  |  |
| * repas |  |  |  |
| **Problèmes de mobilité** |  |  |  |  |  |  |  |
| * risque de chute |  |  |  | **Difficultés à prendre soin de soi** |  |  |  |
| * chute(s) |  |  |  | * difficultés à utiliser le téléphone |  |  |  |
| * phobie post-chute |  |  |  | * difficultés à s’occuper soi-même de la prise des médicaments |  |  |  |
| * problèmes de mobilité à domicile |  |  |  | * difficultés à voyager seul |  |  |  |
| * problèmes de mobilité à l’extérieur |  |  |  | * difficultés à gérer son budget |  |  |  |
| * difficultés à avoir une alimentation adaptée/ dénutrition |  |  |  |
| **Isolement** |  |  |  | * refus de soins et d’aides |  |  |  |
| * isolement géographique |  |  |  | * situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause |  |  |  |
| * faiblesse du réseau familial ou social |  |  |  |
| * isolement ressenti |  |  |  | **Soins palliatifs** |  |  |  |
| * isolement culturel |  |  |  |  |  |  |  |