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
 |   |   |   |   |   |   |   |