

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)*



PPS en date du :

PPS N° :

Rédacteur du PPS :

NOM et Prénom :

Profession ou structure :

Téléphone :

Courriel :

Orientation de la situation

NOM et Prénom :

Profession ou structure :

Demande d'appui de la CTA

Objet de la demande :

Recueil du consentement de la personne

Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange des informations contenues dans le cadre du PPS avec la CTA Var-Est et les autres intervenants de la prise en charge

Informations personne âgée de 75 ans et +

NOM USUEL :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Numéro de Sécurité sociale :

Régime assuré :

Téléphone :

Sexe (F/M) :

Recherche hébergement en cours :

Mesure de protection :

Aide à la vie quotidienne (APA/PAP/autre) :

Personne(s) à contacter (aidant)

NOM	Lien (enfant, conjoint, tuteur...)	Téléphone	Courriel

Intervenants

NOM	Prénom	Fonction (médecin traitant, IDEL, AS ...)	RPPS/ FINESS PSL	Téléphone	Courriel	Participe au PPS : OUI/NON

Les parties en gris sont les champs obligatoires à renseigner.

* Ce document ne vaut pas prescription médicale. Il s'agit d'un ensemble de préconisations établi en concertation avec la personne concernée et les professionnels de proximité. Il vise à assurer son maintien à domicile dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

Identification des problématiques par les professionnels

Cocher la case correspondante à la problématique identifiée

	Problématique identifiée		Problématique identifiée
Absence de suivi médical		Aides et soins insuffisants ou inadaptés	
Refus d'aide et de soin		Problème de mobilité (domicile/extérieur)	
Hospitalisation récente		Risque de chute	
Problèmes liés aux médicaments		Logement inadapté	
Problème nutritionnel (perte de poids, perte appétit...)		Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (toilette, ménage, courses ...)	
Troubles cognitifs		Difficultés dans la gestion administrative	
Problème de comportement		Précarité économique	
Problème d'autonomie décisionnelle		Epuisement et/ ou absence de l'aidant	
Dépression		Isolement (social, familial, géographique...)	
Troubles sensoriels (vue, ouïe...)			

Plan d'actions priorisé à mettre en œuvre (plan d'aides et de soins)

Problématique identifiée	Libellé de l'action à mettre en œuvre	Intervenant	Critère d'atteinte du résultat	Bilan (date...)

Date de la prochaine réévaluation :

Problématiques sans actions : sous vigilance

Problématique sous vigilance	Intervenant

Validation du PPS par le médecin traitant : signature et tampon

Une fois le PPS complété, le transmettre à la **Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est** par mail : contact@ctavarest.fr ou fax : 04.94.39.40.38

Une expérimentation menée en partenariat avec :