

PPS en date du :

Rédacteur du PPS

NOM et Prénom :

Profession ou structure :

Téléphone :

Courriel :

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/PTA et les autres intervenants de la prise en charge

Informations de la personne **

NOM USUEL :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Numéro de Sécurité sociale :

Régime assuré :

Téléphone :

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 ...)	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

** Le PPS est rémunéré uniquement pour les professionnels de santé libéraux en charge des personnes âgées de 75 ans et plus résidant dans le Var (à titre expérimental)

Identification des problématiques

Cocher la case correspondante à la problématique identifiée

	Problématique identifiée		Problématique identifiée
Problèmes de mobilité (risque de chute...)		Troubles de l'humeur	
Problèmes liés aux médicaments		Troubles cognitifs	
Troubles nutritionnels		Situation sociale à risque (gestion administrative, gestion du budget...)	

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

Problématique identifiée	Libellé de l'action à mettre en œuvre	Intervenant

Date de la prochaine réévaluation :

Problématiques sans actions : sous vigilance


Problématique sous vigilance	Intervenant

Validation du PPS par le médecin traitant, signature et tampon
Ou validation orale par téléphone (date) :

Une fois le PPS complété, le transmettre :



Pour le VAR EST
04.94.47.02.02
contact@ptavarest.fr
 Fax : 04.94.39.40.38
du lundi au vendredi de 9h à 18h www.ptavarest.fr



Pour le VAR OUEST
04.94.35.32.01
ptavarouest@fondationcos.org
du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
www.ptavarouest.sante-paca.fr

Une expérimentation menée en partenariat avec :

