

Fiche de présentation et de suivi d'une patiente au SMPS

N° de fiche:
/

Etablissement	Coordinateur du SMPS
	Nom :
	Mail :
	Téléphone :

Date de la demande : _____ Date de première réunion : _____

Professionnel demandeur (nom, fonction, coordonnées) : _____

Professionnel référent du suivi de la patiente si différent du demandeur (nom, fonction, coordonnées) :

Terme prévu le : ____ / ____ / ____

Accord de la patiente, après information: Oui Non

si oui, compléter le reste de la fiche, si non, transmettre cette fiche vierge (seules cases ci-dessus cochée) au coordinateur du SMPS

Note :

Merci de compléter seulement la partie 1 pour soumettre le dossier au Sétaff Médico psycho social.

La partie 2 sera complétée durant le staff

La partie 3 sera complétée lors des suivis

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DE LA SITUATION

PATIENTE			
Nom :			
Nom de naissance :			
Prénom :			
Date de naissance :			
Origine géographique	<input type="checkbox"/> France Métropolitaine	<input type="checkbox"/> Afrique du Nord	<input type="checkbox"/> DOM-TOM
	<input type="checkbox"/> Europe du Nord	<input type="checkbox"/> Afrique Sub-saharienne	<input type="checkbox"/> Asie
	<input type="checkbox"/> Europe du Sud	<input type="checkbox"/> Asie Mineure	<input type="checkbox"/> Autre :
Adresse :			
Numéro de téléphone :			
Situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> Activité salariée	<input type="checkbox"/> Chômage	
	<input type="checkbox"/> Autre activité	<input type="checkbox"/> Congé parental	
	<input type="checkbox"/> Au foyer	<input type="checkbox"/> Autre inactif :	
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuve	
	<input type="checkbox"/> Mariée	<input type="checkbox"/> Pacsée	
	<input type="checkbox"/> Divorcée		
Mode de vie	<input type="checkbox"/> Vit seule		
	<input type="checkbox"/> Vit en couple		
	<input type="checkbox"/> Autre :		
Ressources	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> API	
	<input type="checkbox"/> Allocation chômage	<input type="checkbox"/> Aucune	
	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> Autre :	

CONJOINT.E			
Nom :			
Prénom :			
Age :			
Origine géographique	<input type="checkbox"/> France Métropolitaine	<input type="checkbox"/> Afrique du Nord	<input type="checkbox"/> DOM-TOM
	<input type="checkbox"/> Europe du Nord	<input type="checkbox"/> Afrique Sub-saharienne	<input type="checkbox"/> Asie
	<input type="checkbox"/> Europe du Sud	<input type="checkbox"/> Asie Mineure	<input type="checkbox"/> Autre :
Adresse :			
Numéro de téléphone :			
Situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> Activité salariée	<input type="checkbox"/> Chômage	
	<input type="checkbox"/> Autre activité	<input type="checkbox"/> Congé parental	
	<input type="checkbox"/> Au foyer	<input type="checkbox"/> Autre inactif :	
Ressources	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> API	
	<input type="checkbox"/> Allocation chômage	<input type="checkbox"/> Aucune	

RSA

 Autre :

ANTECEDENTS MEDICO-PSYCHO-SOCIAUX

Antécédents

Médicaux	
Psychologique ou psychiatriques	
Obstétricaux	
Sociaux/ familiaux	
Critères de vulnérabilité selon les recommandations HAS	
Traitements	
Addictions	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Oui : _____

PROFESSIONNELS RESSOURCES INITIAUX DE LA PATIENTE (nom, prénom, fonction, coordonnées)

RESUME DE LA SITUATION ET MOTIF DE PRESENTATION AU SMPS

PARTIE 2 : ANALYSE

ORIENTATIONS PROPOSEES

Champ médical	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Date programmée : _____
Champ psychologique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Date programmée : _____
Champ social	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Date programmée : _____
PMI	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____
Autres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____
Orientation vers une RCP spécifique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Date programmée : _____

CONCLUSION :

Suivi nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Clôture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Remarques :	_____ _____ _____ _____
Retour fait à la patiente :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : ____ / ____ / ____

PARTIE 3 : SUIVI

SUIVI DES ORIENTATIONS PROPOSEES N°1

DATE : ____ / ____ / ____

Champ médical	
Champ psychologique	

Champ social	
Autres	
Conclusion :	

SUIVI DES ORIENTATIONS PROPOSEES N° 2

DATE : ____ / ____ / ____

Champ médical	
Champ psychologique	
Champ social	
Autres	
Conclusion :	