

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 coordonnateur du SMPS

Note :

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

La partie 2 sera complétée durant le staff

La partie 3 sera complétée lors des suivis

PARTIE 1 : PRESENTATION 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

☐ Aucune

☐ 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 :	