**Fiche navette – transfert d’une personne hospitalisée vers un EHPAD – dispositif d’hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation**

**VOLET 1** (à remplir par l’établissement sanitaire d’origine)

**Rubrique obligatoire** :

NOM d’usage……………………Nom de naissance……………………………..

Prénom……………………………………..

Femme [ ]  Homme [ ]

Date de naissance…………/…………/…………..

N° sécurité sociale………………………………………….

**Situation familiale** : Célibataire [ ]  Pacsé(e) [ ]  Marié(e)[ ]  Divorcé(e) [ ]  Veuf(ve) [ ]

Nombre d’enfant(s)

**Protection juridique** :

Mandataire

Nom………………………....................... Prénom……………………………………………..

Tel……………………………………… personne ou organisme exerçant la mesure…………………………

Mail…………………………………………………………..

Tutelle [ ]

Curatelle [ ]

Curatelle renforcée [ ]

Sauvegarde [ ]

Habilitation familiale [ ]

**Personne référente** (famille ou proche):

Nom…………………….............Prénom……………………….. Numéro de Tél…………………….

Mandataire judiciaire (le cas échéant )  : Nom……………….………..Prénom………………………………. Numéro de Tél………………………

Mail……………………………………………………………

Lien avec la personne………………………………………….

**Médecin traitant :**

oui [ ]  non [ ]

Nom du médecin traitant………………………………………….

Numéro de téléphone………………………………………………

Mail………………………………………………………………….

**Directives anticipées communiquées** : oui [ ]  non [ ]

**Nom de l’établissement de santé demandant le transfert : ……………………………………………………..**

**Service d’hospitalisation de la personne………………………………………………………………………**

**Nom et Tél Médecin référent hospitalier ………………………………………………**

**Personne référente à l’hôpital en cas de ré hospitalisation en cours de séjour HTSH :**

**………………………………………………………………………………………………….**

**Nom et Tél cadre hospitalier……………………………………………………………..**

**Coordonnées de l’assistante sociale du CH** (nom + tél) ………………………………………………

Tél filière gériatrique :…………………………………………………. RDV tel prévu le à

Nécessité suivi HAD complémentaire : oui [ ]  non [ ]  Contact HAD le :

Coordonnées HAD : ………………………………………………………………..

**Eléments administratifs et médicaux à joindre obligatoirement à la demande :**

* Compte rendu médical du séjour hospitalier
* Photocopie de l’attestation carte vitale ou attestation de droits sécurité sociale
* Photocopie carte d’identité
* Ordonnance traitement médical + Dotation de 2 jours de traitements médicamenteux
* Ordonnance kiné

**La personne ou son représentant ont-ils consenti au séjour dans l’EHPAD en hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation ?**

 oui [ ]  non [ ]

Statut infectieux

* Statut covid - Antécédent infection covid oui [ ]  non [ ]  quand :
* Date dernier RT PCR et résultat :
* Statut vaccinal covid - nombre de doses :
* Date de la dernière injection
* Statut vaccinal grippe
* Présence de BMR oui [ ]  non [ ]

**Aides à la vie quotidienne Gir**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La personne a-t-elle besoin d’aide pour la toilette | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle besoin d’aide dans ses déplacements  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle tendance à sortir à l’insu du service   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle autonome dans ses transferts | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle autonome pour manger  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle des troubles de la déglutition   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne peut-elle manger hachée | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne peut-elle manger mixé | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne peut-elle manger normalement | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle besoin d’une surveillance spécifique d’hydratation  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle actuellement sous perfusion Sous Cutanée   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle sous perfusion en intraveineuse   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle des troubles du comportement « envahissants»  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne déambule-t-elle   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne fait-elle preuve d’une agitation verbale  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle agitée physiquement  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle des troubles de la communication   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle une addiction à l’alcool   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle une addiction au tabac   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle une addiction autres :   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle un suivi psychiatrique | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Si oui, CMP de référence ......... | …………………………………… |  |
| La personne a-t-elle besoin d’un lève malade | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle besoin d’un verticalisateurs | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle besoin d’un fauteuil roulant | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne a-t-elle besoin d’un déambulateur | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle continente urinaire  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La personne est-elle continente fécale  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Présence de pansements si escarre à ce stade  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Risque de fugue  | Oui [ ]  | Non [ ]  |

Score du dernier MMS si identifié :

Depuis combien de temps la personne est-elle hospitalisée ?

**Rubrique facultative :**

**Aide déjà existantes : (**si connaissance)

**La personne bénéficie-t-elle des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD ☐ SSIAD ☐ SPASAD ☐ Accueil de jour ☐ HAD ESA ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dans tous les cas, précisez le nom de l’établissement ou du service :**

**Etes-vous accompagné par un dispositif d’appui à la coordination (DAC, PAT …)4 ? OUI ☐ NON ☐**

**Connaissance d’une personne de confiance** : oui non

Nom……………………………….Prénom………………………………. Tél……………………….

Mail……………………………………………………………

**Rendez-vous téléphonique de suivi avec assistante sociale** (entre J3 et J8 ) le à heure

(*Ce RDV tel a pour but d’évaluer l’état d’avancement du projet de sortie et l’autonomie de la personne*)

**Rubrique facultative :**

**Aide déjà existantes : (**si connaissance)

**La personne bénéficie-t-elle des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD [ ]  SSIAD [ ]  SPASAD [ ]  Accueil de jour [ ]  HAD [ ]  ESA [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dans tous les cas, précisez le nom de l’établissement ou du service :**

**Etes-vous accompagné par un dispositif d’appui à la coordination (DAC, PAT) ? OUI**[ ]  **NON**[ ]

**Connaissance d’une personne de confiance** : oui [ ]  non [ ]

Nom……………………………….Prénom………………………………. Tél……………………….

Mail……………………………………………………………

**Rendez-vous téléphonique de suivi avec assistante sociale** (entre J3 et J8 ) le à heure

(*Ce RDV tel a pour but d’évaluer l’état d’avancement du projet de sortie et l’autonomie de la personne*)

L’hôpital s’engage à reprendre la personne si le projet de sortie n’aboutit pas à l’issue des 30 jours d’hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation.

Date et signature précédée de la mention « lue et approuvée »

**VOLET 2**: (à remplir par l’EHPAD après échange avec l’hôpital)

**Projet de sortie**

Quels sont les obstacles au retour à domicile nécessitant une admission dans le dispositif d’hébergement temporaire ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cible après le séjour**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Retour à son domicile   | Oui[ ]  | Non [ ]  |
| Hébergement chez un proche  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Accueil en résidence autonomie/résidence sénior, etc (hors EHPAD)  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Besoin d’une aide humaine | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Présence d’un aidant   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Acceptation du projet à l’issue des 30 jours par l’aidant   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Aide financière demandée  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  |  |  |

Besoin de prestation HAD SSIAD SAAD IDE libérale

Nature de l’aide financière demandée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A demander | En cours | Attribuée mais à réviser | Attribuée |
| Aide sociale |  |  |  |  |
| Aide CNAV |  |  |  |  |
| APA |  |  |  |  |

Autres, préciser : ………………………………………………………………………………………………….

Travaux d’aménagement du domicile si connus

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sans objet | A évaluer | Evalués non démarrés | Evalués en cours | Réalisés |
|  |  |  |  |  |

Nature des travaux nécessaires………………………………………………………………….............

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Echéance prévisionnelle des travaux : ………………………………………………………………………

Le domicile sera aménagé à l’issue des 30 jours de prise en charge oui [ ]  non [ ]

Une solution alternative est prévue si le projet de sortie

n’est pas opérationnel au bout des 30 jours oui [ ]  non [ ]

**Autres projets de sortie :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Projet d’accueil de la personne au sein de la structure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Un contrat de séjour spécifique à l’accueil en hébergement temporaire existe  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La structure est dotée d’un personnel dédié pour la prise en charge des personnes en hébergement temporaire   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Le personnel dédié a été formé à la prise en charge spécifique sur 30 jours  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Le projet de vie de la personne prend en compte la durée de 30 jours   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Y a-t-il des adaptations prévues des prestations et activités | Oui [ ]  | Non [ ]  |

Liste des activités qui pourront être proposées à la personne durant son séjour :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Un travail sur l’autonomisation de la personne en vue du retour

à domicile est-il prévu oui [ ]  non [ ]

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patient informé du séjour temporaire et du coût   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Représentant informé du séjour temporaire et du coût   | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Remise de la plaquette d’information concernant le projet  | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**VOLET 3 :** (A remplir par le DAC)

Avis général sur le projet de sortie :

Axes d’amélioration à apporter :

Avis sur le projet d’accueil et pertinence de celui-ci par rapport au projet de sortie :

Le DAC émet un avis :

Favorable à la prise en charge en HT sur 30 jours

Défavorable à la prise en charge en HT sur 30 jours

*A noter* : *l’avis du DAC ne se substitue pas à la décision d’admission du directeur de l’EHPAD qui reste seul responsable des admissions au sein de son établissement*.