



DATE :

ADRESSEUR (FONCTION, SERVICE, ORGANISME)

CONTACTS


 
 @

La personne concernée/son représentant légal est informé(e) ET consent à la création du dossier OIS (annexe à remplir et à signer) ainsi qu'à l'orientation vers le service de gestion de cas : Oui Non

La personne concernée

Nom/Prénom (s)

H F

Date de naissance

Téléphone

Adresse

Environnement social et familial :

La personne vit :

Seul(e)

En couple

Autre :

Nombre total d'enfants

Nombre d'enfants aidants

Le référent Tuteur Aidant familial (lien :)

Nom/Prénom (s)

Téléphone

Adresse

Désigné comme personne de confiance : Oui Non

Procédure de mise sous tutelle en cours : Oui Non

Coordonnées du Médecin Traitant



Coordonnées des intervenants (Nom et Tél):

SAAD :

IDEL/SSIAD :

Masseur-kinésithérapeute :

Autre (Orthophoniste, ESA, UMSSA, EMGP, UIGP,...) :

Souhait de la personne : Maintien à domicile Entrée en établissement (ex : EHPAD)

Autres :

Les 3 critères doivent être cumulés pour une orientation en gestion de cas

Critère 1 : Problème d'autonomie fonctionnelle, relevant du champ médical et d'autonomie décisionnelle (Ces trois conditions devant être présentes pour valider le critère 1)

Problèmes d'autonomie fonctionnelle :

- Altération dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, se nourrir)
- Altération dans les activités de la vie domestique (faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, gérer le budget, gérer les médicaments, utiliser les moyens de communication, utiliser les transports)

ET Problèmes relevant du champ médical : (Troubles cognitifs et pathologies actives)

- Absence de suivi médical
- Pertes de mémoire
- Hospitalisations répétées
- Pathologie chronique
- Chutes, pertes de l'équilibre
- Désorientation
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Problèmes sensoriels (à préciser) :
- Troubles de comportement (à préciser) :

ET Problèmes d'autonomie décisionnelle d'origine individuelle ou environnementale :

- Difficultés dans prise de décision
- Difficultés dans la gestion administrative et financière
- Mise en danger de sa personne
- Difficultés d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins

Observations

Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés

- Refus d'aide ou de soins par la personne ou son entourage
- Précarité économique
- Logement inaccessible, inadapté (risques de chutes ou d'accident)
- Logement vétuste ou insalubre

Observations

Critère 3 : Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins, les aides et soins

- Isolement
- Epuisement des aidants
- Problématique familiale (conflit, projet non partagé, déni ou incompréhension de la maladie, ou interlocuteur multiples, refus de la personne d'impliquer ses proches)

Observations

Données d'évaluation connues MMS GIR APA NPI

Commentaires motivant l'orientation

Merci de joindre les comptes-rendus d'évaluation à cette fiche

EXEMPLAIRE A DESTINATION DU MEDECIN (1/1)

RECUEILLIR LE CONSENTEMENT D'UN PATIENT

Afin de faire bénéficier vos patients des services offerts par le programme OIIS, vous devez recueillir son consentement. 3 étapes à suivre.

1. Expliquer le programme OIIS et le consentement à mon patient

« Le but des services OIIS est de mieux coordonner l'action des professionnels de santé qui vous accompagnent. Il s'agit aussi de mettre en œuvre, avec vous, un parcours de soin efficace et adapté à vos choix de vie. Pour assurer la bonne coordination des soins, les professionnels qui vous suivent devront pouvoir échanger des informations vous concernant. Les informations qu'ils échangent sont relatives à votre état de santé. Pour cela, je dois recueillir votre consentement. Celui-ci n'est pas définitif. Vous êtes libre à tout moment de revenir en arrière. Votre consentement porte sur **le traitement et le partage de vos données de santé** entre les professionnels participant à votre prise en charge ».

NB : Le consentement doit également être recueilli pour offrir la possibilité à des médecins habilités d'accéder au dossier patient en cas d'urgence médicale. Lorsque cette fonction dite « bris de glace » est activée, l'accès est tracé et un motif doit être renseigné.

2. Informer mon patient du contenu du parcours de soin proposé et des modalités pratiques. Parmi ces modalités pratiques, le patient doit être informé de la possibilité d'être contacté par les membres de son équipe de prise en charge.

3. Imprimer sur OIIS 360 la page de recueil du consentement.

L'exemplaire signé par le patient doit être déposé dans le dossier LIEN,

Type de document : Volontés et droits du patient.

A savoir : Les données recueillies dans le cadre du programme OIIS peuvent faire l'objet, de manière anonyme, de traitements liés à la veille épidémiologique. Les données étant anonymisées, il n'est pas nécessaire de recueillir de consentement.

EXEMPLAIRE A DESTINATION DU PATIENT (1/2)

Madame, Monsieur,

Un membre de votre équipe de prise en charge vous recommande l'utilisation des services OIIS pour améliorer votre prise en charge OU fait appel à une structure utilisant les services OIIS. Le programme OIIS est conduit par l'Agence de santé de l'océan Indien, et soutenu par des professionnels de santé de La Réunion.

COMMENT FONCTIONNE LE PROGRAMME OIIS ?

Le but des services OIIS est de mieux coordonner l'action des professionnels de santé qui vous accompagnent. Il s'agit aussi de mettre en œuvre, avec vous, un parcours de soin efficace et adapté à vos choix de vie. Pour assurer la bonne coordination des soins, les professionnels qui vous suivent devront pouvoir échanger des informations vous concernant. Ces professionnels sont les personnes que vous avez choisies pour s'occuper de votre santé. Les informations qu'ils échangent sont relatives à votre état de santé.

TRAITEMENT DES INFORMATIONS

Dans le cadre des services OIIS, les professionnels de santé qui vous accompagnent acceptent les Conditions Générales d'Utilisation qui encadrent strictement les échanges d'information. Ces CGU fixent les principes éthiques et déontologiques de votre prise en charge, et définissent des critères de confidentialité. Elles garantissent que seules les informations **nécessaires à vos soins** et à votre accompagnement seront échangées. **Les informations sur votre suivi restent par ailleurs strictement protégées par le secret professionnel.** Le GCS TESIS est responsable du traitement de vos informations.

La durée légale de conservation des données est de 10 ans.

UTILISATION DES DONNÉES

Lorsque vous ou votre équipe de prise en charge utilisez les services OIIS, vous êtes informé de **l'utilisation de vos données de santé dans le cadre d'études épidémiologiques.** Cela veut dire que les données de votre suivi peuvent être extraites et associées à d'autres pour mesurer le résultat global du programme et à terme participer à des études épidémiologiques. Dans ce cadre, les données qui vous concernent **sont rendues anonymes** : il est impossible de les relier à votre identité, par quelque moyen que ce soit.

SÉCURITÉ DES DONNÉES

Dans le cadre des services OIIS, **vos données de santé personnelles sont protégées** et hébergées sur un serveur sécurisé et agréé situé à La Réunion. Leur transmission dématérialisée au sein de votre équipe de prise en charge répond à des contraintes de sécurité réglementées.

EXEMPLAIRE A DESTINATION DU PATIENT (2/2)

VOS DROITS

Vous avez le droit d'accéder à toutes les données de santé qui sont échangées vous concernant. Vous pouvez à tout moment demander leur rectification, ou leur effacement.

Vous avez également le droit de vérifier qui accède à vos données de santé personnelles, et de connaître les données qui sont consultées. L'historique complet de ces accès est sauvegardé, et vous sera remis à votre demande.

Pour ce faire, adressez une demande de rectification ou de retrait de vos données de santé, en joignant une photocopie de votre carte d'identité par e-mail : contact@oiis.re ou par courrier adressé à Dr Michel BOHRER, Médecin Hébergeur, 14 Chemin des Anglais, Bâtiment A, local n°3, 97420 LE PORT.

Votre Médecin traitant peut vous conseiller sur ce choix. Parlez-en.

L'ÉVOLUTION DE VOTRE CHOIX

Votre consentement n'est pas définitif. Vous êtes libre à tout moment de revenir en arrière. **Dès que vous le souhaitez, vous pouvez décider de mettre fin à votre participation au programme.** Dans ce cas, votre prise en charge habituelle sera poursuivie sans aucun changement. Un accès identique aux soins vous est garanti. Pour mettre fin à votre participation au programme : contact@oiis.re ou par courrier adressé à Dr Michel BOHRER, Médecin Hébergeur, 14 Chemin des Anglais, Bâtiment A, local n°3, 97420 LE PORT.

Votre Médecin traitant peut vous conseiller sur ce choix. Parlez-en.

VOTRE CONSENTEMENT

Le professionnel de santé ou la structure qui sollicite votre consentement vous informe du contenu du parcours de soin proposé. Il vous en explique les modalités pratiques, et vous pouvez lui demander toutes les précisions qui vous semblent utiles avant de prendre votre décision.

Votre consentement porte sur **le traitement et le partage de vos données de santé** entre les professionnels participant à votre prise en charge. Le consentement doit également être recueilli pour offrir la possibilité à des médecins habilités d'accéder à votre dossier patient en cas d'urgence médicale. Lorsque cette fonction est activée, l'accès est tracé et un motif doit être renseigné.

EXEMPLAIRE A FAIRE SIGNER AU PATIENT (1/1)

Exemplaire à imprimer en deux exemplaires et à faire signer par le patient.

Conserver une copie numérique dans le dossier LIEN :
Type de document : Volontés et droits du patient.

1. MON IDENTITE

Nom de naissance _____
Nom marital _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Sexe _____
Téléphone domicile _____ Téléphone portable _____
Adresse email _____

2. CONSENTEMENTS

Je suis majeur, ne bénéficiant pas d'une mesure de tutelle, j'ai été informé(e) et je consens au traitement et au partage des données de santé à caractère personnel me concernant par l'équipe de prise en charge définie dans mon dossier partagé.

Je soussigné(e), _____, titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal de l'utilisateur mineur ou majeur bénéficiant d'une mesure de tutelle, j'ai été informé(e) et je consens en cette qualité au traitement et au partage des données de santé à caractère personnel le concernant par l'équipe de prise en charge définie dans mon dossier partagé.

Fait à _____, le __ / __ / ____

Signature du patient ou de son représentant légal :

Plus d'informations relatives au droit d'opposition ou de rétractation :
Contact@oiis.re ou 0800 123 974

Le programme OIIS a reçu l'autorisation de la CNIL, par délibération CNIL 2016-394 du 15 décembre 2016