



Etablissement:

**Nom :**

Finess :

Adresse :

 :

Nom du 3C de rattachement :

## PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

### Proposition de contenu minimum indispensable

Version de février 2011

Nom du (de la) patient(e):.....  
Prénom:.....  
Nom de jeune fille:.....  
Date de naissance:.....  
Lieu de naissance:.....  
Sexe:.....  
N°d'identification:.....  
Code postal de résidence:.....

Coordonnées de la personne de confiance:

.....

Présente lors de la remise du programme de soins:.....

Oui  Non

Date de la consultation d'annonce:.....

Programme de soins remis par le Docteur:.....

Le:.....

*Avec votre accord, ce programme de soins sera transmis à votre médecin traitant, ainsi que votre compte-rendu d'anatomopathologie*



## VOLET SOINS (suite)

### Transmission des informations au médecin traitant

<b>Type de documents</b>	<b>Date de transmission</b>
Proposition de la RCP	
Programme Personnalisé de Soins	
Compte-rendu opératoire	
Compte-rendu d'anatomopathologie	
Compte-rendu d'examens complémentaires (biologie, scanner, IRM...)	
Lettre de sortie d'hospitalisation	
Autres, préciser: .....	

# VOLET SOCIAL

**Coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social:**

.....

 .....

**Coordonnées de l'assistante sociale:**

.....

 .....

## Bilan social du dispositif d'annonce

Date : .....

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date : .....

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :  
.....  
.....  
.....

## Consultation sociale de mi-parcours

Date : .....

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date : .....

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :  
.....  
.....  
.....

## Autres consultations sociales

Date : .....

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date : .....

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :  
.....  
.....  
.....

**Médecins spécialistes référents:**

- ..... ☎ .....
- ..... ☎ .....
- ..... ☎ .....

**Infirmière d'information et de coordination:**

- ..... ☎ .....

**Médecin traitant:**

- ..... ☎ .....

**Pharmacien de ville:**

- ..... ☎ .....

**Contacts associatifs:**

- ..... ☎ .....
- ..... ☎ .....

**Réseau de santé:**

- ..... ☎ .....

**Autres intervenants de ville**

Infirmière:

- ..... ☎ .....

Masseur-kinésithérapeute:

- ..... ☎ .....

Autres:

- ..... ☎ .....

**Hôpital de proximité:**

- ..... ☎ .....

**HAD:**

- ..... ☎ .....

**Contacts sociaux**

CAF:

- ..... ☎ .....

CPAM:

- ..... ☎ .....

Assistante sociale de secteur:

- ..... ☎ .....

CCAS:

- ..... ☎ .....

Maison départementale du handicap:

- ..... ☎ .....

Numéro Santé Info Droit:

- ..... ☎ .....