

Document Médico-Social de Transmission

Adressé par (*)

Adressé à (*)

Le

N° de tél. (*)

N° de Fax.

Email

Avant le transfert, la personne a été prise en charge du (*)

au

Les informations contenues dans ce document de transmission sont rédigées uniquement en vue de maintenir la continuité des soins de la personne transférée (intérêt prépondérant).

MOTIF DE CE DMST

Hospitalisation, court séjour, long séjour, retour à domicile avec OSAD, type de mission (gériatrie, psychogériatrie ou psychiatrie), etc.

1. DONNÉES PERSONNELLES

Nom (*)	Prénom (*)	Sexe	État civil	Date de naissance (*)
Adresse du domicile (*)	<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe	Tél. principal (*)		
		Tél. secondaire		
		N° AVS		
Nationalité	Origine	Permis de séjour/d'établissement		
		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Sans permis		
Email	Langue maternelle	Religion / Confession		
Communication en français :	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> difficultés :		
Enfant(s) mineur(s) à charge	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, système de garde :		

DIRECTIVES ANTICIPÉES (*) :

 non oui inconnu du professionnel en annexe déposées auprès de

MANDAT POUR INAPTITUDE (*) :

 non oui inconnu du professionnel en annexe déposées auprès de

PLAN DE CRISE CONJOINT (PCC) (*) : non oui inconnu du professionnel à envisager entre les différents partenaires

2. ASSURANCES

Maladie	Caisse		N° assuré	
Accident	Caisse		N° assuré	
Complémentaire	Caisse		N° assuré	

3. ASSURANCES SOCIALES

Assurances sociales	Non	Oui	Démarche en cours	Inconnu du professionnel
RI (Revenu d'insertion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVS (Assurance vieillesse et survivants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI (Assurance invalidité) Type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LPP (Prévoyance professionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC (Prestations complémentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RFM (Remboursement des frais de maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
API (Allocation pour impotence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OVAM (Subside de l'Office vaudois de l'assurance-maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom et prénom de la personne

4. ACTIVITÉ LUCRATIVE

Profession Employeur actuel

Taux d'occupation Chômage non oui, depuis le

Arrêt de travail Depuis le % Par qui

5. MESURES

Mandat judiciaire non oui, préciser l'article

Curatelle non oui, de type : accompagnement représentation coopération portée générale

Placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA) non oui annexe démarches en cours inconnu du professionnel

Date de la demande PLAFA Date de décision PLAFA

PLAFA demandé par Date d'entrée en vigueur PLAFA

Mesures ambulatoires (MA) non oui, nom du médecin en charge des MA

Protocole mesures de contrainte non oui en annexe

6. RÉSEAU

FAMILLE, ENTOURAGE & PROCHES AIDANTS (y.c. représentant thérapeutique, représentant légal, curateur, représentant administratif, mandataire (mandat pour inaptitude), etc.)

Nom	Prénom	Lien avec la personne	Rôle	Contact urgence	Vit avec la personne
Adresse du domicile		Téléphone / Email			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFESSIONNELS

(EMS, CMS, médecin hospitalier, médecin traitant, IDL, pharmacie, assistant(e) social(e), équipe mobile soins palliatifs ou psychiatrie de l'âge avancé, centre de la mémoire, physiothérapeute, ergothérapeute, Centre d'Accueil Temporaire, association, etc.)

Nom	Prénom	Rôle	Commentaires
Adresse		Téléphone	(exemple : démarches en cours)

Nom et prénom de la personne

7. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Date de l'évaluation (*)

PARCOURS DE VIE

Contexte de l'hospitalisation, parcours institutionnel, faits marquants, habitudes de vie, besoins, ressources personnelles, loisirs, activités, etc.

HABITAT

Barrières architecturales, étages, moyens auxiliaires installés (planche de bain, poignée, main courante), animaux domestiques, etc.

PROBLÉMATIQUES

Épuisement des proches aidants, contexte familial, problème de ressource, de matériel, etc.

PROJET DE LA PERSONNE

A remplir avec la personne concernée ou son représentant thérapeutique.

8. AVQ	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
S'alimenter, boire		
Bain, douche		
S'habiller		
Hygiène personnelle		
Continence urinaire		
Continence fécale		
Utilisation des toilettes		

9. AIVQ	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Usage du téléphone		
Ménage courant		
Préparation des repas		
Faire les courses		
Faire la lessive, entretenir le linge		
Gestion des médicaments		
Gestion de l'argent		
Gérer ses liens sociaux		

10. MOBILITÉ	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Transferts (lit-fauteuil-debout)		
Déplacement à l'intérieur sur le même étage		
Marcher à l'intérieur sur le même étage		
Se déplacer à l'extérieur		
Utilisation des moyens de transports		
Monter/descendre les escaliers		
Utilisation de l'élévateur (cigogne)	Non Oui	
Utilisation des moyens auxiliaires		

11. COMMUNICATION / VISION	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Vision		
Audition		
Se faire comprendre		

12. FONCTIONS COGNITIVES	Evaluation	Description / Actions mises en place
	0 1 2 3 4 5 6 8	
Mémoire à court terme		
Orientation		
Signes d'état confusionnel		
Comprendre les autres		
Facultés cognitives pour les décisions courantes		

13. Scores	0 1 2 3 4 5 6 7 8	
AVQ échelle hiérarchique		
Echelle de performance cognitive version 2		

14. BILAN DE SANTÉ AU MOMENT DE L'ÉVALUATION (SOMATIQUE & PSYCHIQUE)

<i>Manifestations</i>	<i>Descriptions / Actions</i>
Respiration	
Alimentation, hydratation, état nutritionnel	
Élimination	
État de la peau, plaies, cicatrices	
Mobilité (chute, posture, coordination)	
Addictions	
Douleur	
Humeur (tristesse, anxiété, etc.)	
Fugue, déambulation, errance	
Sommeil, fatigue	
Violence envers soi-même ou autrui	
Etat cognitif	
Autres (cardiaque, neurologique, etc.)	

15. SPÉCIALISTES (physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, diététiciennes, infirmières spécialisées, etc.)

Bilans, remarques et commentaires

Nom et prénom de la personne

16. TRAITEMENTS & SOINS

Objectifs de soins et d'accompagnement de la personne ^(*) (y compris la décision de la séance « entretien de réseau »)

Adhésion à la décision : la personne l'entourage les professionnels

Soins à poursuivre & soins à prévoir en annexe

Suivi ambulatoire non oui :

Allergies connues ^(*) non oui :

Consultations planifiées

Consultations à prévoir

Ordonnance ^(*) En annexe

Document médical (DMT) ^(*) En annexe Suit

Plan de traitement ^(*) En annexe

Evaluations spécifiques en annexe (évaluation de la douleur, suivi d'une plaie, suivi glycémie, courbe de poids, etc.)

Autres documents remis :

17. TRANSFERT

Rédacteur du DMST présent le jour du transfert non oui

Transport effectué le Heure du transfert

Transport effectué par Enveloppe de transfert non oui

Médicaments pris le jour du transfert inconnus du professionnel gérés par la personne transférée

DESCRIPTION	MATIN	MIDI	SOIR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. INVENTAIRE

Transféré avec lunettes appareil dentaire appareil acoustique

canne déambulateur chaise roulante

autre, préciser :

Objet(s) perdu(s) non oui :

Objet(s) en recherche non oui :

19. VALIDATION

La personne (et/ou son représentant) a été informée et a donné son accord au projet de transfert ou au projet de retour à domicile avec aide ambulatoire, qui implique la transmission de données médicales et médico-sociales aux partenaires concernés. ^(*)

oui
 non

Document validé par ^(*) Le ^(*) Fonction ^(*)

La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers.