

FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

1 / 4

INFORMATIONS GENERALES

Nom du professionnel adresseur :

DATE :

Motif de la demande

☐ Demande de consultation mémoire (feuillet 2)

☐ Demande d'accompagnement (feuillet 3)

PATIENT

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Secteur de résidence* : ☐ Nord ☐ Est ☐ Sud ☐ Ouest

Téléphone* :

Mail* :

Pathologie* (si demande d'accompagnement) :

Depuis :

(Merci de joindre le dernier compte rendu de consultation et/ou compte rendu d'annonce de diagnostic)

AIDANT

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Secteur de résidence* : ☐ Nord ☐ Est ☐ Sud ☐ Ouest

Téléphone* :

Mail* :

Lien de parenté* :

*** Champs obligatoires, pour un traitement plus rapide de la demande**

FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

2 / 4

DEMANDE DE CONSULTATION MÉMOIRE

La demande concerne ☐ Consultation en neurologie libérale
☐ Bilan neuropsychologique

Le patient ☐ est déjà suivi par un spécialiste (*précisez nom, prénom*)
☐ sera vu par un spécialiste (*précisez nom, prénom, date*)

ANAMNESE

- Motif et contexte de la demande
- Histoire de la maladie / antécédents médicaux
- Résultats d'imagerie encéphalique
- Traitements en cours

ELEMENTS D'EVALUATION CLINIQUE

- Plaintes et conscience des troubles du patient
- Plaintes et conscience des troubles de l'aidant
- Evaluations cognitives antérieures

FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

3 / 4

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT – PATIENTS ET AIDANTS

Actions proposées à cocher selon l(es) orientation(s) souhaitées

☐ Accompagnement collectif

☐ Ateliers Zourit Santé :

- ☐ Le Cerveau Kesako ?!
Partager et développer des ressources pour s'adapter à la maladie
- ☐ Les dossiers, je m'y mets !
Informier et orienter vers les ressources disponibles
- ☐ Remédiation Cognitive
Adapter son quotidien aux difficultés cognitives
- ☐ Gestion des troubles du comportement et de l'humeur
Apprendre à gérer son stress, son anxiété et les troubles comportementaux
- ☐ Interventions non médicamenteuses (INM) / Activités socio-culturelles (Danse, Art thérapie, etc.)
S'approprier des outils en compléments des médicaments

☐ **Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) :** Lieu de vie et d'échange par et pour les patients

☐ Accompagnement individuel

- ☐ Evaluation globale de la situation – Orientation réseau
Orienter les personnes vers les dispositifs du réseau local (GIP SAP, DAC, Unicité,...)
- ☐ Médiation familiale / Reprise d'annonce
Prévenir ou réguler les conflits familiaux
- ☐ Ouverture et défense des droits
Veiller aux respects des droits des personnes en situation de dépendance
- ☐ Accompagnement spécifique de l'aidant - Thérapie Brève
Développer des ressources pour s'adapter et obtenir le statut d'aidant (GIP SAP)

Précisions sur la demande :

FICHE D'ORIENTATION – CONSENTEMENT

A envoyer par mail à orientation-reseau@gipsap.re

4 / 4

Informations spécifiques concernant l'utilisation de vos données personnelles

En remplissant ce formulaire, vous consentez explicitement à ce que les informations que vous nous donnez, soient traitées dans le cadre spécifique de votre demande d'accompagnement par la ou les structures du réseau.

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre strict de l'accompagnement proposé par les structures qui forment le réseau auquel est adressé ce formulaire : Le GIP SAP, les associations MND & Co., France AVC Réunion, AFTC M-OI, Collectif AVEC.

Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre de l'accompagnement demandé.

Ces données pourront être échangées avec des professionnels de santé et les professionnels des associations mandatés pour intervenir dans votre accompagnement. Nous mettons tout en œuvre pour en assurer la protection et la confidentialité, selon les normes en vigueur fixées par le règlement européen.

Vous êtes informé que vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation et de rectification qui vous permet, le cas échéant, de faire rectifier, compléter, mettre à jour, verrouiller ou effacer les données personnelles vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite.

Vous êtes informé que vous disposez d'un droit à la portabilité permettant de récupérer vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données pour des motifs légitimes. Dans le cas d'une éventuelle opposition de votre part, nous nous réservons la possibilité de refuser ou de mettre fin à votre accompagnement, dans la mesure où celui-ci repose sur l'accès à des informations vous concernant afin d'adapter nos interventions

☐ **J'accepte d'être contacté par les dispositifs cochés pour obtenir des renseignements sur leur déroulement**

Signature du patient

☐ **J'accepte d'être contacté par les dispositifs cochés pour obtenir des renseignements sur leur déroulement**

Signature de l'aidant