

Document Médico-Social de Transmission



Adressé par (*)

Adressé à (*)

0.1 0.2 Le (*) 0.3

N° de tél. (*) 0.4 N° de Fax. 0.5 Email 0.6

Avant le transfert, la personne a été prise en charge du (*) 0.7.1 au 0.7.2

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. et préciser si c'est une présentation du dossier.

0.8

1. DONNÉES PERSONNELLES

Nom (*) Prénom (*) Sexe (*) État civil Date de naissance (*)
1.1 1.2 1.3 1.4 1.5

Adresse du domicile (*) ☐ Sans domicile fixe 1.7 Tél. principal (*) 1.8

1.6 Tél. secondaire 1.9
N° AVS (*) 1.10

Nationalité Origine Permis de séjour/d'établissement
1.11 1.12 ☐ B ☐ C ☐ F ☐ N ☐ NEM ☐ Sans permis 1.13

Email Langue maternelle Religion / Confession
1.14 1.15 1.16

Communication en français : ☐ bonne ☐ difficultés 1.17.1 1.17.2

Enfant(s) mineur(s) à charge ☐ non ☐ oui, système de garde 1.18.1 1.18.2

DIRECTIVES ANTICIPÉES (*) :
☐ non ☐ oui ☐ inconnu du professionnel ☐ en annexe ☐ déposées auprès de 1.19.1 1.19.2

MANDAT POUR INAPTITUDE (*) :
☐ non ☐ oui ☐ inconnu du professionnel ☐ en annexe ☐ déposées auprès de 1.20.1 1.20.2

PLAN DE CRISE CONJOINT (1.21.1 ☐ non ☐ oui ☐ inconnu du professionnel ☐ à envisager entre les différents partenaires 1.21.2

2. ASSURANCES

Maladie Caisse (*) 2.1.1 N° assuré (*) 2.1.2

Accident Caisse 2.2.1 N° assuré 2.2.2

Complémentaire Caisse 2.3.1 N° assuré 2.3.2

3. ASSURANCE(S) SOCIALE(S)

Assurances sociales	Non	Oui	Démarche en cours	Inconnu du professionnel
RI (Revenu d'insertion)	3.1.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVS (Assurance vieillesse et survivants)	3.2.1	<input type="checkbox"/>	3.2.2	<input type="checkbox"/>
AI (Assurance invalidité) Type 3.3.3	3.3.1	<input type="checkbox"/>	3.3.2	<input type="checkbox"/>
LPP (Prévoyance professionnelle)	3.4.1	<input type="checkbox"/>	3.4.2	<input type="checkbox"/>
PC (Prestations complémentaires)	3.5.1	<input type="checkbox"/>	3.5.2	<input type="checkbox"/>
RFM (Remboursement des frais de maladie)	3.6.1	<input type="checkbox"/>	3.6.2	<input type="checkbox"/>
API (Allocation pour impotence)	3.7.1	<input type="checkbox"/>	3.7.2	<input type="checkbox"/>
OVAM (Subside de l'Office vaudois de l'assurance-maladie)	3.8.1	<input type="checkbox"/>	3.8.2	<input type="checkbox"/>
Autres 3.9.3	3.9.1	<input type="checkbox"/>	3.9.2	<input type="checkbox"/>

4. ACTIVITÉ LUCRATIVE

Profession 4.1 Employeur actuel 4.2

Taux d'occupation 4.3 Chômage ☐ non ☐ oui, depuis 4.4.1 4.4.2

Arrêt de travail Depuis le 4.5.1 % 4.5.2 Par qui 4.5.3

5. MESURES

Mandat judiciaire ☐ non ☐ oui, préciser l'article 5.1.1 5.1.2

Curatelle ☐ non ☐ oui, de 5.2.1 ☐ accompagnement ☐ représentation ☐ coopération ☐ portée générale 5.2.2

Placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA)

☐ non ☐ oui ☐ annexe ☐ démarches en cours ☐ inconnu du professionnel 5.3.2.1 5.3.2.2

Date de la demande PLAFA 5.3.1.1 Date de décision PLAFA 5.3.2.3

PLAFA demandé par 5.3.1.2 Date d'entrée en vigueur PLAFA 5.3.3.1

Mesures ambulatoires (MA) ☐ non ☐ oui, nom du médecin en charge de la MA 5.4.1 5.4.2

Protocole mesures de confinement ☐ non ☐ oui, en annexe ☐ non ☐ oui 5.5.1 5.5.2

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="text"/> 6.1	<input type="text"/> 6.2	<input type="text"/> 6.3	<input type="text"/> 6.6	<input type="checkbox"/> 6.7	<input type="checkbox"/> 6.8
<input type="text"/> 6.4		<input type="text"/> 6.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a

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)
<input type="text"/> 6.9	<input type="text"/>	<input type="text"/> 6.11	<input type="text"/> 6.14
<input type="text"/> 6.12		<input type="text"/> 6.13	

6b

7. CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Date de l'évaluation (*)

7.1

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.

7.3

PROBLÉMATIQUES

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

7.4

PROJET DE LA PERSONNE (*)

A remplir avec la personne concernée ou son représentant thérapeutique.

7.5

8. AVQ	Evaluation	Description / Actions mises en place
S'alimenter, boire	8.1.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 8	8.1.2
Bain, douche	8.2.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	8.2.2
S'habiller	8.3.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	8.3.2
Hygiène personnelle	8.4.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 8	8.4.2
Continence urinaire	8.5.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	8.5.2
Continence fécale	8.6.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	8.6.2
Utilisation des toilettes	8.7.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 8	8.7.2

9. AIVQ	Evaluation	Description / Actions mises en place
Usage du téléphone	9.1.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.1.2
Ménage courant	9.2.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.2.2
Préparation des repas	9.3.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.3.2
Faire les courses	9.4.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.4.2
Faire la lessive, entretenir le linge	9.5.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.5.2
Gestion des médicaments	9.6.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	9.6.2
Gestion de l'argent – Capacité	9.7.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	9.7.2
Gérer ses liens sociaux	9.8.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	9.8.2

10. MOBILITÉ	Evaluation	Description / Actions mises en place
Transferts (lit-fauteuil-debout)	10.1.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	10.1.2
Déplacement à l'intérieur sur le même étage	10.2.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 8	10.2.2
Marcher – Performance	10.3.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 8	10.3.2
Se déplacer à l'extérieur	10.4.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	10.4.2
Utilisation des moyens de transports	10.5.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	10.5.2
Monter/descendre les escaliers	10.6.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	10.6.2
Utilisation de l'élévateur (cigogne)	10.7.1 <input type="text"/> Non <input type="text"/> Oui	10.7.2
Utilisation des moyens auxiliaires	10.8.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	10.8.2

11. COMMUNICATION / VISION	Evaluation	Description / Actions mises en place
Vision	11.1.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	11.1.2
Audition	11.2.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	11.2.2
Se faire comprendre	11.3.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	11.3.2

12. FONCTIONS COGNITIVES	Evaluation	Description / Actions mises en place
Mémoire à court terme	12.1.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1	12.1.2
Orientation	12.2.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	12.2.2
Signes d'état confusionnel	12.3.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	12.3.2
Comprendre les autres	12.4.1 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4	12.4.2
Facultés cognitives pour les décisions	12.5.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5	12.5.2

13. Scores		
AVQ échelle hiérarchique	13.1.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	13.1.2
Echelle de performance cognitive version 3	13.2.1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8	13.2.2

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

Manifestations

Descriptions / Actions

Respiration (*)		14.1
Alimentation, hydratation, état nutritionnel (*)		14.2
Élimination (*)		14.3
État de la peau, plaies, cicatrices (*)		14.4
Mobilité (chute, posture, coordination) (*)		14.5
Addictions (*)		14.6
Douleur (*)		14.7
Humeur (tristesse, anxiété, etc.) (*)		14.8
Fugue, déambulation, errance (*)		14.9
Sommeil, fatigue (*)		14.10
Violence envers soi-même ou autrui (*)		14.11
Etat cognitif (*)		14.12
Autres (cardiaque, neurologique, etc.)		14.13

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

Bilans, remarques et commentaires

15.1

16. TRAITEMENTS & SOINS

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

16.1

Adhésion à la décision : la personne 16.2.1 l'entourage 16.2.2 les professionnels 16.2.3

Soins à poursuivre & soins à prévoir ☐ en annexe 16.3.1

16.3.2

Suivi ambulatoire ☐ non ☐ oui : 16.4.1 16.4.2Allergies connues (*) ☐ non ☐ oui : 16.5

Consultations planifiées

Consultations à prévoir

16.6

16.7

Ordonnance (*) En annexe : ☐ non ☐ oui 16.8Document médical (DMT) (*) En annexe : ☐ non ☐ oui 16.9.1 Suit : ☐ non ☐ oui 16.9.2Plan de traitement (*) En annexe : ☐ non ☐ oui 16.10

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

16.11

Autres documents remis : 16.12

17. TRANSFERTRédacteur du DMST présent le jour du transfert 17.1 ☐ non ☐ oui

Transport effectué le 17.2.1 Heure du transfert 17.2.2

Transport effectué par 17.3 Enveloppe de transfert ☐ non ☐ oui 17.4Médicaments pris le jour du transfert 17.5.1 ☐ inconnus du professionnel ☐ gérés par la personne transférée**DESCRIPTION****MATIN****MIDI****SOIR**

17.5.2.1

17.5.2.2

17.5.2.3

17.5.2.4

18. INVENTAIRETransféré avec 18.1.1 ☐ lunettes ☐ appareil dentaire ☐ appareil acoustique☐ canne ☐ déambulateur ☐ chaise roulante☐ autre, préciser : 18.1.2Objet(s) perdu(s) 18.2.1 ☐ non ☐ oui : 18.2.2Objet(s) en recherche 18.3.1 ☐ non ☐ oui : 18.3.2**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

19.1

Document validé par (*) 19.2 Le (*) 19.3 Fonction (*) 19.4

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