



FICHE DE SAISINE DE LA COMMISSION D'AIDE A LA RESOLUTION DE SITUATION INDIVIDUELLE

(A renvoyer à dir.soins@ch-daumezon45.fr avec comme objet "Fiche de saisine")

Plus d'informations au 06 60 09 04 72

Guide d'utilisation de la fiche de saisine :

Vous vous apprêtez à remplir une fiche de saisine afin de solliciter la Commission d'Aide à la Résolution de Situation Individuelle du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de la Métropole Orléanaise.

Cette fiche de saisine a pour objectif de rendre compte d'une situation qui :

- Implique des **problématiques de santé psychique** et de vie au quotidien et interroge quant à la sécurité de la personne et/ou son entourage.
- Est d'une **particulière complexité** au regard du professionnel qui saisit l'instance
- Concerne une **personne majeure**, sans limite d'âge
- Perdure dans le temps (notion de répétition)

L'instance n'a pas vocation à traiter les situations d'urgence.

L'instance ne peut être saisie en première intention.

La commission est composée de membres permanents (professionnels, associations, élus...) permettant d'apporter une expertise sur les différentes situations rencontrées.

L'objectif de cette commission est de **réunir les membres permanents ainsi que l'ensemble des professionnels** qui travaillent sur la situation, afin d'avoir un temps d'échange **commun** et de définir **ensemble** de nouvelles alternatives pour faire avancer la situation.

A travers cette fiche doit figurer un maximum d'informations relatives à la situation, sur les événements, les démarches réalisées ainsi que les professionnels qui interviennent sur cette situation.

Afin de garantir au maximum la confidentialité des patients, nous vous remercions de ne pas divulguer d'informations personnelles permettant l'identification de la personne (nom, adresse...) Dans le cas où la fiche de saisine que vous présentez passe en Commission, vous serez contacté et un numéro CLSM sera attribué à la situation permettant ainsi les échanges tout en assurant la confidentialité du patient. Dans le cas contraire, vous serez contacté par un membre permanent de la commission qui vous orientera vers le dispositif adapté à la situation.

Cet encart est le seul endroit où sera mentionné le nom et le prénom de la personne. La commission CLSM lui attribuera un numéro CLSM permettant ainsi d'assurer un suivi au sein de cette même commission.

Prénom :	<input type="text"/>	Date de naissance (si connue) :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>		
Numéro CLSM (Réservé à la Commission) :	<input type="text"/>		

FICHE DE SITUATION INDIVIDUELLEInformations sur la personne à l'origine de l'alerte (professionnels, élus, associations, familles...)Date de l'alerte : NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) : Numéro de téléphone Adresse Mail : Informations sur la personne concernée :

A votre connaissance, la commission a-t-elle déjà été mobilisée pour cette situation ?

 Oui NonSi oui, connaissez vous son Numéro CLSM :

Quartier ou rue de la personne (ne pas indiquer l'adresse exacte) :

Si locataire, indiquez le bailleur social

Le patient a-t-il été informé de cette démarche de fiche de saisine ?

 Oui Non

A-t-il donné son accord ? Dans le cadre d'une fiche de saisine, l'accord du patient doit toujours être recherché.

 Oui Non**Si mesure de protection, Mandataire judiciaire: NOM Prénom:** **Organisme :** **Tél :** **Mail:** **Informations sociales**

Informations santé

Informations logement

Autre(s) information(s) :

Autres professionnels mobilisés dans cette situation

Professionnel n°1

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone Adresse Mail :

Professionnel n°2

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone Adresse Mail :

Professionnel n°3

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone **Adresse Mail :**

Professionnel n°4

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone **Adresse Mail :**

Professionnel n°5

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone **Adresse Mail :**

Professionnel n°6

NOM & Prénom : Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Numéro de téléphone **Adresse Mail :**

Autres informations complémentaires