**Demande d’intervention**

Gestionnaire de cas de coordination (GCC)

Vous êtes confronté à des difficultés dans la prise en charge d’une situation complexe **cumulant au moins 3 des 4 critères** ci-dessous. La GCC intervient prioritairement pour les situations de personnes au-delà de l’âge AVS présentant des problématiques à prédominance somatique ou en lien avec la démence mais n’en exclut pas les plus jeunes.

Vous pouvez prendre contact avec **la gestionnaire de cas de coordination** en remplissant ce document et en l’envoyant par e-mail à l’adresse gcc@rsnb.ch. Renseignements au 024/424 11 00 (centrale RSNB).

**Coordonnées de la personne  Demandeur**

Nom Prénom :       Nom Prénom :

Date de naissance :       Profession :

Adresse :       Institution:

NPA, localité :       Téléphone :

Téléphone :       Adresse e-mail :

Personne informée de la démarche : [ ]  oui [ ]  non

**Critères d’éligibilité\* :***(au moins 3 critères sur les 4 ci-dessous)*

[ ]  Proche-aidant·e principal·e épuisé·e/dépassé·e par la situation ou absence de proche

[ ]  Recours fréquents au système hospitalier (5 recours ou plus sur les 12 derniers mois)

[ ]  Multiples intervenant·e·s professionnel·le·s nécessitant des ressources importantes pour leur coordination ou pas d’intervenant du tout

[ ]  Divergences d’appréciation de prise en charge (entre professionnels/ entre professionnels et usager·ère)

*\*ces critères ont été inspirés du rapport « vieillissement et santé » de l’Etat de Vaud, des 5 axes de vulnérabilité de l’équipe mobile vulnérabilité PMU/CHUV et priorisés par un groupe d’experts terrain*

**Médecin traitant**

Nom Prénom :       Téléphone :

Médecin traitant informé de la démarche : [ ]  oui [ ]  non [ ]  absence de médecin traitant

**Professionnel·le·s (principaux) actifs dans la situation**

Nom Prénom :       Profession :       Téléphone :

Nom Prénom :       Profession :       Téléphone :

**Proche·s aidant·e·s**

Nom Prénom :       Téléphone :       Lien :

Nom Prénom :       Téléphone :       Lien :

**Date de l’envoi de la demande:**

**Commentaires / attentes quant à la demande :**

**La gestionnaire de cas de coordination prendra contact avec vous dans les 72 heures jours ouvrables.**

**Critères d’identification des situations complexes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Déterminant somatique** | **Etat de santé mentale** | **Déterminants environnementaux et comportementaux** | **Déterminants sociaux** | **Consommation de soins** |
| [ ]  Polymorbidité somatique(≥ 3 maladies chroniques)[ ]  Polymédication(≥ 7 médicaments)[ ]  Dénutrition(perte de poids de 10% et plus dans les 6 mois ou de 5% et plus sur 1 mois)[ ]  Incontinence fécale[ ]  Mobilité restreinte / Handicap physique et/ou sensoriel | [ ]  Démence / Troubles cognitifs et du comportement (avec répercutions fonctionnelles)[ ]  Dépression / Anxiété[ ]  Troubles psychotiques ou de la personnalité (+65 ans)[ ]  Abus de substances [ ]  Handicap intellectuel / Déficience mentale  | [ ]  Chutes multiples (3 en 6 mois)[ ]  Dépendances fonctionnelles(AVQ et/ou AIVQ) [ ]  Dépendances actives à autrui[ ]  Violences/maltraitances[ ]  Difficultés d’accès aux soins [ ]  Barrières architecturales[ ]  Manque d’adhérence thérapeutique et/ou médicamenteuse  | **[ ]  Proche-aidant·e principal·e épuisé·e/dépassé·e ou absence de proche**[ ]  Maîtrise insuffisante du français [ ]  Situation financière / administrative complexe/difficile | **[ ]  Recours fréquents du système hospitalier**  (>5 recours sur les 12  derniers mois) **[ ]  Multiples intervenant·e·s professionnel·le·s (>4 : médecins- OSAD- CAT- Eq Mob – ergo - physio – BRIO…)****[ ]  Divergences d’appréciation de prise en charge** [ ]  Difficultés dans la relation personne - soignant·e·s (opposition)[ ]  Epuisement des professionnel·le·s |

En bleu = les critères d’identifications principaux