

**FORMULAIRE DE SAISINE DE LA
PLATE-FORME D'INTERVENTION DÉPARTEMENTALE
POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET LA SANTÉ (PFIDASS)**

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé le :

1) pour être contacté et accompagné par les agents de la PFIDASS : *oui* *non*

2) Pour que la PFIDASS communique au détecteur les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin :

oui *non*

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom :

Prénom :

N°SS :

N° de tél :

Email :

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez :

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- Retraité Salarié Sans emploi
 RSA Indemnisé pôle emploi
 AAH Autre :

En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? oui non

3. QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

- Consultations chez un médecin généraliste
 Consultations ou acte chez un spécialiste
Précisez :
- Intervention chirurgicale
 Séances de kinésithérapie
 Soins et actes dentaires
Précisez :
- Achats de médicaments
 Appareillages auditifs
 Analyses ou examens médicaux
 Achats de lunettes ou lentilles adaptées
 Autre, précisez

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

.....

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

UN PROBLÈME:

- d'accès aux droits
 création de dossier
 mutation
 mise à jour des droits
 problème avec la carte vitale
 d'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre complémentaire santé
- de reste à charge

- d'avance des frais
 de transport
 de démarches trop compliquées (non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement...)
 de délais de RV trop longs
 refus de soins d'un praticien
 autre, préciser :

**SELON L'ASSURÉ, CE RENONCEMENT AUX SOINS
ENTRAINE-T-IL DES CONSEQUENCES ?**

- sur le maintien à domicile oui non
- professionnelles oui non

Informations utiles permettant à la PFIDASS de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation

EST CE ?

- un renoncement détecté ou
 un renoncement exprimé
.....

**QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DÉTECTEUR
A-T-IL DÉJÀ AMORCÉES ?**

précisez :

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de tél :

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM

- par email :

