



Formulaire de demande d'entrée
en Coordination de Parcours Complexes (CPC)
A retourner au Dispositif Intégré Handicap 91
cpc.dih91@ladapt.net

Le DIH 91 contribue à fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap en améliorant la visibilité de l'offre territoriale et en renforçant la coopération entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, pédagogique et éducatif... dans une recherche de partenariat co-responsable.

Au sein des Dispositifs Intégrés, des Coordinateurs (trices) de Parcours Complexes œuvrent à la recherche de solutions pour des personnes en situation de handicap, et en situation complexes : risques de rupture de soins, d'aide ou d'accompagnement, ou rupture avérée et dont les besoins ne sont pas couverts par des réponses adaptées.

La coordination de parcours organise et coordonne les interventions des différents acteurs déjà identifiés dans la situation et fait appel si nécessaire à d'autres acteurs pouvant répondre aux besoins de la situation. La coordination de parcours complexe ne se substitue pas aux interventions des différents partenaires

Elle ne concerne pas les situations dites « critiques », ni les situations d'urgence ou de crise.

La demande doit émaner d'un professionnel du secteur de l'enseignement, du social, du sanitaire ou du médico-social avec le consentement obligatoire de la personne* concernée ou de son représentant légal.

Date de la demande : / /

La personne réside ou dispose d'une domiciliation administrative dans le département

Critères : La personne en situation de handicap est dans la (les) situation(s) suivante(s) :

- Absence de réponse ou réponse insuffisante aux besoins de la personne
- Refus d'admission par différentes structures
- Risque de rupture, de scolarisation ou rupture d'accompagnement
- Aucune prise en charge ou accompagnement ni sanitaire ni médico-social ni scolaire
- Multiplicité des acteurs autour de la situation nécessitant une coordination
- Situation isolée et/ou besoin d'accompagnement de la personne et/ou des aidants

Aussi, afin d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap, nous vous demandons :

- de renseigner son évolution à travers un bilan complet et actualisé (historique de parcours, lieu de vie actuel, entourage familial, intervenants sociaux, médico-sociaux, sanitaires, scolarisation, etc),
- mais aussi les besoins non couverts et/ou les démarches infructueuses précédemment entreprises.

Ces éléments sont confidentiels et **le consentement ci-après de la personne concernée ou de son représentant légal est recueilli en amont de l'envoi du formulaire.**

Une évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne permettra de confirmer ou non son entrée en coordination de parcours complexes.

Si la situation n'entre pas en coordination de parcours complexes, le professionnel demandeur en sera informé et des préconisations seront apportées.

PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Structure :

Adresse :

Nom - Prénom du demandeur :

Fonction :

Téléphone :

Portable :

@

Situation déjà connue de :

L'UMI OUEST :

Oui Non

L'Equipe Mobile d'Accompagnement (EMA 91)

Oui Non

Un autre dispositif d'aide à la coordination des soins (si oui lequel ?) :

PERSONNE CONCERNEE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

M F

Adresse :

Téléphone :

Portable :

@ :

N° de dossier MDPH :

Mesure de protection :

Enfant : AED - AEMO - OPP

Adulte : Tutelle - Curatelle - MASP - Sauvegarde - Demande en cours

Nom et coordonnées du mandataire :

Type de déficience : Intellectuelle Motrice Psychique Sensorielle Viscérale
 Plurihandicap Polyhandicap

COORDONNEES DE L'ENTOURAGE

Nom Prénom	Lien avec la personne	Adresse	Téléphone / @

INTERVENANTS IMPLIQUES DANS L'ACCOMPAGNEMENT ACTUEL

(Coordonnées des professionnels du médico-social, du sanitaire, de l'Education nationale, du social, autres, qui font actuellement partie de la prise en charge de la personne)

Structure	Nom du professionnel	Fonction	Coordonnées (mail, téléphone)	Nature de l'accompagnement	Date du début de l'accompagnement

ELEMENTS EXPLIQUANT LA DEMANDE

DEMARCHES ABOUTIES, NON ABOUTIES

**VOLET A REMPLIR PAR LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP CONCERNEE PAR LA
DEMANDE OU PAR SON REPRESENTANT LEGAL**

Consentement¹ à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre de la Coordination de Parcours Complexes du Dispositif Intégré Handicap (DIH)

Je soussigné(e),

Prénom :

NOM :

Ou

Père, (Barrez les mentions inutiles)

Prénom :

NOM :

Mère,

Prénom:

NOM :

Représentant légal,

Prénom:

NOM :

De :

Prénom :

NOM :

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande.

Autorise les professionnels et les partenaires associés à la recherche de solutions à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tous moyens (échanges oraux, écrits, dématérialisés...)

Fait à :

Signature de la personne :

Le :

Pour une personne mineure :

Signature du père

Signature de la mère

Signature du Représentant légal

¹ Les professionnels agissent dans le cadre légal suivant :

Code de la santé publique : Article L1110-4 relatif au respect de la vie privée, à l'échange d'informations entre professionnels de santé et à la confidentialité de ces données

L'article 32 de la Loi Informatique et Liberté : vous garantit un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Les articles 13 à 21 du RGPD vous donnent le droit d'exiger une information claire et compréhensible sur l'usage de vos données personnelles, de disposer des coordonnées de la personne en charge de leur traitement, d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, de portabilité des données et de retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez adresser toute demande concernant le traitement de vos données à la Direction de LADAPT Essonne.