

# FICHE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)

*mobilisable en urgence pour la prise en charge des personnes âgées*



L'objectif est de définir de manière pluridisciplinaire une proposition de prise en charge individualisée, la mieux adaptée et respectant les recommandations (référentiels, nationaux ou internationaux) pour des personnes âgées, à domicile, en structure d'hébergement ou hospitalisées, en situation de grande fragilité présentant une altération rapide de l'état de santé ou du contexte médico-social.

**Rappel des objectifs de concertation :**

- Obtenir un éclairage pluridisciplinaire sur la situation actuelle ;
- Réfléchir ensemble sur les modalités d'accompagnement les plus adaptées à la situation et aux souhaits de la personne accompagnée ;
- Définir des objectifs d'accompagnement partagés par les acteurs en concertation avec la personne et son entourage ;
- Assurer le suivi de l'accompagnement en évaluant les actions engagées et en les réajustant en cas de nécessité.

## PARTIE 1 -A compléter avant envoi aux partenaires

Date de la demande :			
----------------------	--	--	--

Option date pour la RCP			
-------------------------	--	--	--

### PARTENAIRE INITIATEUR DE LA DEMANDE DE REUNION DE CONCERTATION

Nom / Prénom		Fonction :	
Adresse		Structure / Service	
Mail		Tél :	

### LA PERSONNE CONCERNEE

La personne/son référent est informé(e) de la demande :    Oui    Impossibilité de recueillir le consentement

Le médecin traitant est informé(e) de la demande :    Oui    Non (pas de MT)

**Personne concernée**

Nom Prénom		Date de naissance	
Adresse Postale		Téléphone	
Commune		Mail	

**Personne à contacter**

Nom Prénom		Téléphone	
Adresse Postale		Mail	

**Médecin Traitant**

Nom Prénom		Téléphone	
Messagerie sécurisée			

### MOTIF DE LA DEMANDE DE CONCERTATION

--

### RAPPEL DU SOUHAIT ET DEMANDE DE LA PERSONNE

--

## PARTIE 2-A compléter avant envoi aux partenaires

PARTENAIRES CONNUS SOLLICITES	COORDONNEES (Nom/ Prénom, téléphone, mail, adresse)	PRESENT A LA CONCERTATION
<input type="checkbox"/> Médecin traitant		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Représentant légal (mandataire judiciaire ou représentant familial)		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Intervenant(e)s libéral(e)/aux		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Service de Soins Infirmiers à Domicile		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Equipe Spécialisée Alzheimer		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Espace Autonomie Santé (EAS) / DAC		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> EPSM : CMP/ Equipe Mobile Psychiatrie de la PA (EMPPA)		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Equipes Mobiles (Geriatrie, Soins Palliatifs, Addicto, PASS, Psychiatrie Précarité etc.)		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Hospitalisation à Domicile (HAD)		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Service social hospitalier (si la personne est hospitalisée)		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé
<input type="checkbox"/> Autres partenaires : Platefome de répit, centre médico-sociaux, juriste, réseau de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées, accueil de jour, hébergement temporaire , ARS, CD, etc.		<input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Excusé

### A REMPLIR PAR L'INITIATEUR DE LA CONCERTATION

*La Réunion de Concertation aura lieu le :*

*à :*

*Lien Visioconférence:*

## PARTIE 3 -En préparation de la réunion de concertation

Document confidentiel à destination exclusivement des professionnels

### CONTEXTE

#### *Plan d'accompagnement en place*

Suivi médical	
Suivi EPSM	
Centre de soins infirmiers à domicile/ Cabinet IDE	
Services d'aide à domicile	
Téléassistance	
Aidant(s)	
Gestion administrative et financière	
Environnement de vie (logement, isolement, sécurité)	
Autre	

#### *Problématiques constatées :*

## PARTIE 3 -A remplir lors de la réunion de concertation

### PRECONISATIONS SUITE AUX ECHANGES

#### Préconisation 1

Référent identifié pour mettre en place :

#### Préconisation 2

Référent identifié pour mettre en place :

#### Préconisation 3

Référent identifié pour mettre en place :

#### Préconisation 4

Référent identifié pour mettre en place :

#### Préconisation 5

Référent identifié pour mettre en place :

### COMMENTAIRES

**Les partenaires s'accordent pour se tenir mutuellement informés des évolutions autour de cette situation**

**Chaque professionnel identifié en référence s'engage à faire un retour de l'action mise en place au professionnel à l'initiative de la RCP**