



DISPOSITIF D'APPUI
À LA COORDINATION

DEUX-SÈVRES



Un contact unique

0809 109 109

prix d'un appel local
Service gratuit

FICHE D'ORIENTATION OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS (ORP) DEUX-SÈVRES

DOCUMENT À RETOURNER À :
contact@dac-79.fr

DÉFINITIONS :

Evènement indésirable du territoire : Le dispositif existe mais il ne peut pas remplir sa mission pour X raison.

→ Exemple : Recherche d'un SSIAD sur un territoire, le SSIAD existe, sur le papier il doit couvrir 7 communes mais dans les faits il intervient uniquement sur 5 communes - c'est un évènement indésirable.

Carence du territoire : Absence du dispositif.

→ Exemple : Recherche d'un SSIAD sur un territoire, le SSIAD n'existe pas - c'est une carence.

Evènement remarquable : Mise en lumière des acteurs qui vont au-delà de leurs missions.

1

VOUS SOUHAITEZ DÉCLARER :

- Une carence Un évènement indésirable Un évènement remarquable

2

VOTRE DÉCLARATION CONCERNE LE CHAMPS DU :

- Sanitaire Social Médico-social

3

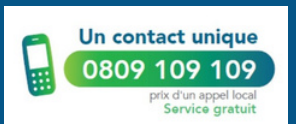
VOTRE DÉCLARATION CONCERNE (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES) :

- Vie quotidienne Accès aux droits, aux soins, à la scolarité, à l'emploi, la formation
- Environnement familial, social, relationnel Organisation du parcours
- Lieu de vie, habitat Autre (précisez) : _____

4

DATE DE LA CONSTATATION : _____

DOCUMENT À RETOURNER À :
contact@dac-79.fr





DISPOSITIF D'APPUI
À LA COORDINATION

DEUX-SÈVRES



Un contact unique

0809 109 109

prix d'un appel local
Service gratuit

FICHE D'ORIENTATION OBSERVATOIRE DES RUPTURES DE PARCOURS (ORP) DEUX-SÈVRES

5 VOTRE DÉCLARATION CONCERNE :

Une femme Un homme Un enfant

Année de naissance : _____

Ville et code postal : _____

6 CAUSES IDENTIFIÉES DE LA RUPTURE DE PARCOURS :

- Impossibilité de poursuivre la prise en charge Absence de relais ou ressources adaptées sur le territoire
- Articulation difficile ou impossible avec un ou plusieurs intervenants sur la situation Le patient ne connaît pas / n'accepte pas l'accompagnement

7 DESCRIPTION DES FAITS :

8 VOTRE IDENTITÉ (FACULTATIF) :

NOM et prénom : _____

Structure dans laquelle vous travaillez : _____

Poste occupé : _____

Adresse : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Email : _____

9 AUTORISEZ-VOUS LE DAC 79 À REVENIR VERS VOUS POUR ANALYSER CETTE DÉCLARATION SI BESOIN ?

Oui Non

Date : ___/___/___

Signature :

DOCUMENT À RETOURNER À :
contact@dac-79.fr



Un contact unique

0809 109 109

prix d'un appel local
Service gratuit