

PPS en date du :

**Rédacteur du PPS**

NOM et Prénom :  
 Téléphone :

Profession ou structure :  
 Courriel :

**Recueil du consentement de la personne**

**Consentement de la personne ou de son représentant légal** à l'échange des informations contenues dans le cadre du PPS avec la CTA/PTA et les autres intervenants de la prise en charge

**Informations de la personne \*\***

NOM USUEL : Prénom : Sexe :  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Code postal et ville :  
 Numéro de Sécurité sociale : Régime assuré :  
 Téléphone :

Mesure de protection : Aide à la vie quotidienne (APA/PAP/autre) :

**Personne(s) à contacter (aidant)**

NOM	Lien (enfant, conjoint, tuteur...)	Téléphone	Courriel

**Intervenants**

NOM	Prénom	Fonction (médecin traitant, IDEL, AS ...)	Téléphone	Courriel	Participe au PPS **: OUI/NON

Les parties en gris sont les champs obligatoires à renseigner.

\* Ce document ne vaut pas prescription médicale. Il s'agit d'un ensemble de préconisations établi en concertation avec la personne concernée et les professionnels de proximité. Il vise à assurer son maintien à domicile dans les meilleures conditions de sécurité et de confort  
 \*\* Le PPS est rémunéré uniquement pour les professionnels de santé libéraux en charge des personnes âgées de 75 ans et plus résidant dans le Var (à titre expérimental)

## Identification des problématiques

Cocher la case correspondante à la problématique identifiée

	Problématique identifiée		Problématique identifiée
Problèmes de mobilité (risque de chute...)		Troubles de l'humeur	
Problèmes liés aux médicaments		Troubles cognitifs	
Troubles nutritionnels		Situation sociale à risque (gestion administrative, gestion du budget...)	

## Plan d'actions à mettre en œuvre (plan d'aides et de soins)

Problématique identifiée	Libellé de l'action à mettre en œuvre	Intervenant

Date de la prochaine réévaluation :

## Problématiques sans actions : sous vigilance

Problématique sous vigilance	Intervenant

Validation du PPS par le médecin traitant, signature et tampon  
Ou validation orale par téléphone (date) :

Une fois le PPS complété, le transmettre :



**Pour le VAR EST à la CTA**  
**04.94.47.02.02**  
[contact@ctavarest.fr](mailto:contact@ctavarest.fr)  
 Fax : 04.94.39.40.38  
*du lundi au vendredi de 9h à 18h*  
[www.ctavarest.fr](http://www.ctavarest.fr)



**Pour le VAR OUEST à la PTA**  
**04.94.35.32.01**  
[ptavarouest@fondationcos.org](mailto:ptavarouest@fondationcos.org)  
*du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30*  
[www.ptavarouest.sante-paca.fr](http://www.ptavarouest.sante-paca.fr)

Une expérimentation menée en partenariat avec :