

Date :

Fiche d'identification des patients relevant de la PASS  
*Permanence d'Accès aux Soins de Santé*

**Service Social Hospitalier :**

Assistantes Sociales :

- Geneviève POIRIER  
06.80.16.63.46
- Valérie DUGAST  
06.30.29.72.75

**Destinataire :**

Services médicaux  
Pharmacie  
Admissions

**Nom du Patient relevant de la PASS :**

Consultation ou Hospitalisation dans le service de :

Pharmacie PASS : Traitement délivré au patient et pris en charge par l'hôpital :

Consultation médicale approfondie prévue ou réalisée auprès du médecin référent PASS :

**Commentaire :**

(1) Validation du service social  
Date et signature

(2) validation si nécessaire  
Direction du service Fiances  
Et communication  
Date et signature

**CENTRE HOSPITALIER DU HAUT ANJOU**  
 Quai Georges Lefevre - BP 405 - 53204 CHATEAU GONTIER CEDEX  
 Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**Dr P. POIRIER**  
 Médecin Urgentiste  
 Accueil - Urgences  
 ☎ 02 43 09 33 40  
 ch-haut-anjou.poirier-  
 patrick@laposte.net

**Mme V. DUGAST**  
 Assistante sociale  
 ☎ : 06 30 29 72 75

**Mlle G. POIRIER**  
 Assistante Sociale  
 ☎ : 06 80 16 63 46

**Mr O. BOUVET**  
 Cadre infirmier  
 Accueil - Urgences  
 ☎ : 02.43.09.33.40

**Mme O. OLAYAT**  
 Directrice Adjointe  
 Communication  
 ☎ : 02.43.09.33.30

Dr

Château-Gontier le

Monsieur,

Nous vous adressons pour une consultation s'inscrivant dans la démarche de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé :

*(Identité du patient)*

Vous voudrez bien compléter et nous faire parvenir le formulaire ci-dessous qui est indispensable pour assurer le suivi médico-social du patient et pour le règlement de vos honoraires par le Centre Hospitalier.

Recevez, monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

*(Identification et signature)*

**Accompagnement social à organiser**

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Aide ménagère                     | <input type="checkbox"/> |
| Adaptation logement               | <input type="checkbox"/> |
| Reclassement professionnel/MDPH   | <input type="checkbox"/> |
| Nouvelle consultation sociale     | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) prestation(s) sociale(s) | <input type="checkbox"/> |

Précisez

**Suivi médico-social**

- |  |                          |                   |                          |               |                          |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Consultation(s) médicale(s) spécialisée(s) | <input type="checkbox"/> | Rapidement (<15j) | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation programmée                 | <input type="checkbox"/> | Rapidement (<15j) | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Orthodontie                                | <input type="checkbox"/> | Urgent            | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Soins conservateurs                        | <input type="checkbox"/> | Urgents           | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse Dentaire                          | <input type="checkbox"/> | Urgente           | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Pharmacie                                  | <input type="checkbox"/> | Immédiate         | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| Soins infirmiers                           | <input type="checkbox"/> | A domicile        | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Radio panoramique                          | <input type="checkbox"/> | Urgente           | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Extraction sous anesthésie générale        | <input type="checkbox"/> | Urgente           | <input type="checkbox"/> | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) besoin(s)                         | <input type="checkbox"/> |                   |                          | RdV à prendre | <input type="checkbox"/> |
| Précisez                                   |                          |                   |                          |               |                          |

**Signature et cachet du praticien**

# Fiche de liaison PASS

Etiquette

Nom du rédacteur :

Date :

Heure :

Souhaite être contacté au numéro suivant:

Orientation du patient :

- Hospitalisé dans service de:
- Retour à domicile
- Sortie contre avis médical

Situation matrimoniale :

- Célibataire
- Marié
- Veuf
- Divorcé
- Séparé
- Vie maritale

Nombre d'enfants :

Age :

Présentation de la carte vitale :  Oui  Non

Complémentaire Santé (mutuelle):  Oui  Non

CMU Complémentaire :  Oui  Non

Protection juridique :  oui  Non

Items sociaux repérés dans le cadre de la PASS :

- Pas de Droits Sécurité Sociale, pas de mutuelle ou de CMU complémentaire
- Problème lié aux ressources entravant l'accès aux soins
- Logement précaire  sans logement
- Patient isolé : Personne âgée ou adulte sans famille, sans entourage

Commentaires :

- Patient adressé par un organisme social
- Patient sorti avant le passage de L'assistante sociale