

FORMULAIRE DE SAISINE DE LA PLATE-FORME D'INTERVENTION DÉPARTEMENTALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET LA SANTÉ (PFIDASS)

CPAM DU TARN

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé le :

1) pour être contacté et accompagné par les agents de la PFIDASS : *oui* *non*

2) Pour que la PFIDASS communique au détecteur les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin :
 oui *non*

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom :

Prénom :

N°SS :

N° de tél :

Email :

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez :

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- Retraité Salarié Sans emploi
 RSA Indemnisé pôle emploi
 AAH Autre :

En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? oui non

3. QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

- Consultations chez un médecin généraliste
 Consultations ou acte chez un spécialiste
 Précisez :
- Intervention chirurgicale
 Séances de kinésithérapie
 Soins et actes dentaires
 Précisez :
- Achats de médicaments
 Appareillages auditifs
 Analyses ou examens médicaux
 Achats de lunettes ou lentilles adaptées
 Autre, précisez

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

.....

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

UN PROBLÈME:

- d'accès aux droits**
 création de dossier
 mutation
 mise à jour des droits
 problème avec la carte vitale
 d'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre complémentaire santé
- de reste à charge**

- d'avance des frais**
 de transport
 de démarches trop compliquées (non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement...)
 de délais de RV trop longs
 refus de soins d'un praticien
 autre, préciser :

SELON L'ASSURÉ, CE RENONCEMENT AUX SOINS ENTRAINE-T-IL DES CONSEQUENCES ?

- sur le maintien à domicile oui non
 - professionnelles oui non

Informations utiles permettant à la PFIDASS de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation

EST CE ?

- un renoncement détecté ou
 un renoncement exprimé

QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ AMORCÉES ?

précisez :

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de tél :

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM du Tarn

- par email : [pfidass, %@cpam-UVJ.cnamts.fr](mailto:pfidass,%@cpam-UVJ.cnamts.fr)

