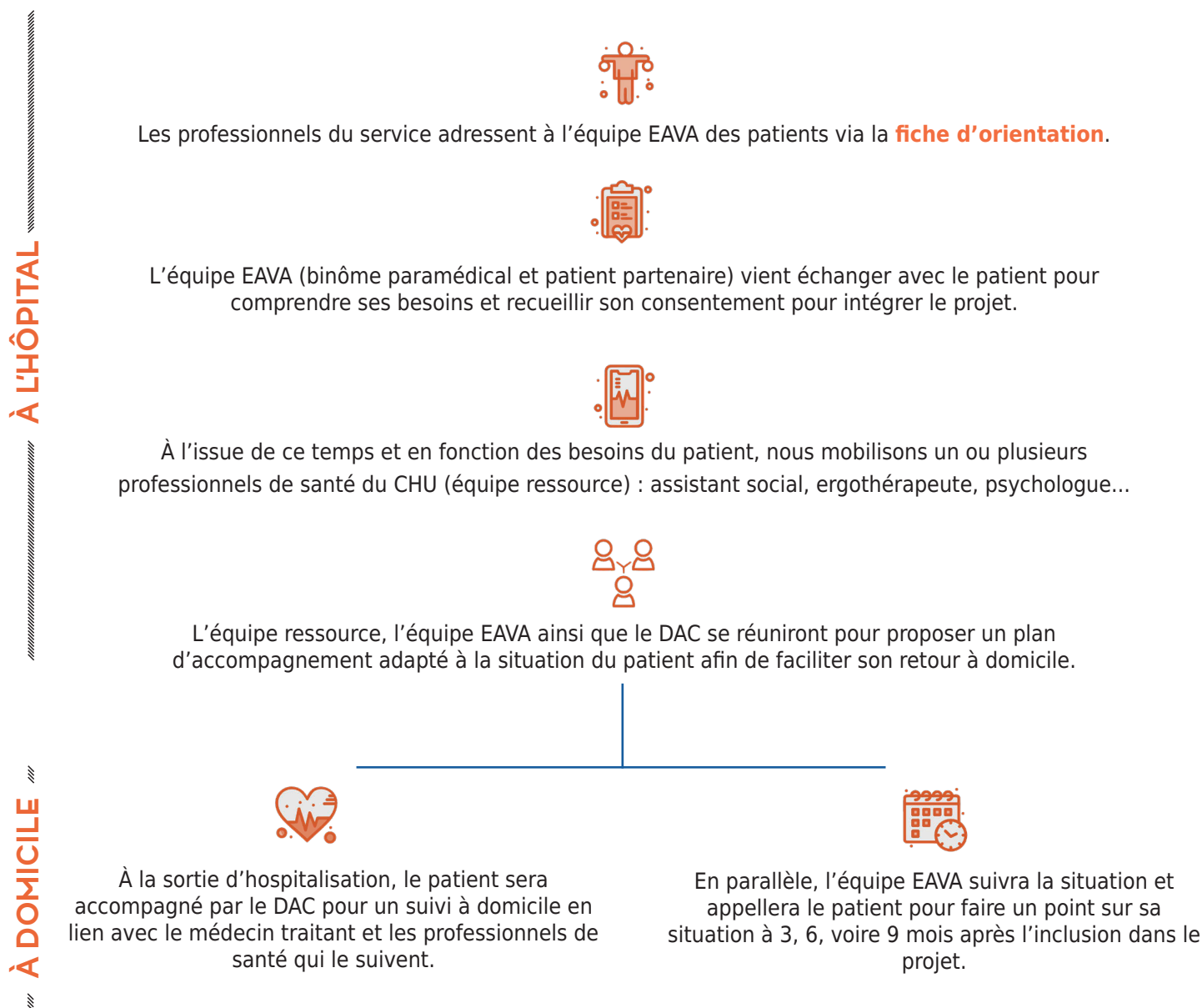


Le projet EAVA vise à repérer, évaluer et accompagner les situations de vulnérabilités liées à la santé.

L'objectif est d'anticiper ces vulnérabilités, notamment après la phase aiguë d'une maladie, une intervention médicale, ou en hospitalisation de jour. Nous souhaitons faciliter le retour à domicile du patient, prévenir une éventuelle perte d'autonomie et améliorer sa qualité de vie.

Pour cela, une fois le patient orienté, le binôme paramédical et patient partenaire interviendrons auprès du patient pour réaliser un entretien. Ensuite, nous mobiliserons, en fonction de ses besoins, les professionnels de notre équipe ressource (assistant social, ergothérapeute, psychologue...) afin de réaliser des bilans. Enfin, tous ces acteurs se réuniront en réunion pluriprofessionnelle avec une coordinatrice du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) pour réaliser collectivement un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) afin d'accompagner le patient lors de son retour à domicile. Ce suivi médico-social à domicile se fera en lien avec le médecin traitant et permettra la continuité des actions initiées lors de l'hospitalisation.

DESCRIPTION DU PARCOURS PATIENT



OUTILS UTILISÉS

Échelle de repérage des situations de vulnérabilités liées à la santé
Échelle visuelle analogique des vulnérabilités liées à la santé - regards croisés infirmier / patient partenaire
Outils numériques de coordination en santé (eTICSS)

DURÉE DE LA PARTICIPATION

9 mois maximum