

FICHE DE REPÉRAGE EXCEPTIONNELLE – DISPOSITIF CANICULE

À transmettre à la coordination de la CPTS via MSSanté uniquement :

cpts.hautlimousin.87200@na.mssante.fr

Période d'activation : Du 15 juin au 15 septembre

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date du signalement :	Professionnel signalant : Nom : _____
Profession : IDE Kiné Pharmacien Aide à domicile / SAAD Autres	Coordonnées du signalant : Tél : _____ Email MSSanté : _____
Le patient a-t-il un Médecin Traitant disponible ? • Oui (Nom : _____) • Non / Indisponible	

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom / Prénom : _____	Date de naissance : / /
Adresse : _____ _____	Téléphone : _____
Entourage / Aidant : • Oui (Nom/Tél : _____) • Non (Isolé)	



Fiche Canicule 2026 (V7/26) | **Confidentialité** : Document médical confidentiel à transmettre **exclusivement via MSSanté**. | **RGPD** : Les données récoltées font l'objet d'un traitement informatique par la CPTS pour la coordination des soins ; le patient dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de coordinationcpts Hautlimousin@gmail.com.

3. CRITÈRES D'ALERTE (Cochez les éléments constatés)

 SIGNES CLINIQUES GRAVES (Alerte Maximale)	☐ SIGNES DE DÉSHYDRATATION / FAIBLESSE	☐ FACTEURS DE RISQUE & ENVIRONNEMENT
• Température corporelle > 38.5°C • Propos incohérents / Confusion soudaine • Somnolence inhabituelle / Difficulté à se réveiller • Convulsions ou malaises / Chute récente • Absence totale d'urines depuis plus de 12h	• Pli cutané (la peau reste plissée quand on la pince) • Bouche anormalement sèche / Soif intense • Fatigue extrême / Perte d'autonomie brutale • Vertiges au lever / Céphalées • Urines très foncées et rares	• Logement surchauffé / Impossible à rafraîchir (ex: sous les toits) • Patient refusant de boire ou d'allumer le ventilateur <i>Pathologie lourde connue</i> • Insuffisance Rénale • Insuffisance Cardiaque • Troubles psy/Cognitifs <i>Traitement médicamenteux à risque</i> • Diurétiques • Neuroleptiques

4. CONCLUSION & DEMANDE DU TERRAIN

Selon vous, la situation nécessite :

- **Une réévaluation médicale rapide** (Avis sur les traitements, besoin d'une hospitalisation de suivi/préventive).
- **Une simple majoration des passages à domicile** (Mise en place d'une aide ou d'un passage IDE pour hydratation).

☐ CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN RÉFÉRENT CANICULE

Jours & Heure de prise en charge du signalement :

Action menée :

- Appel téléphonique du patient / de l'aidant
- Contact du médecin traitant du patient

Décision médicale :

- **Maintien à domicile sécurisé** (Majoration des passages des professionnels, conseils d'hydratation).
- **Consultation médicale d'urgence** organisée au cabinet / à domicile.
- **Hospitalisation directe de suivi** (Évitement des urgences) via la filière gériatrique / lit d'aval.

Service de destination : _____ Heure d'arrivée prévue :

