

DATE DE LA DEMANDE : /..... /.....

PERSONNE ORIENTANT

(à remplir si la personne orientant est différente du médecin traitant)

Nom/Prénom :

Fonction :

Structure :

Tél : 0596..... GSM : 0696.....

Fax : 0596..... Mail :

MÉDECIN TRAITANT

Nom/Prénom :

Tél : 0596..... GSM : 0696.....

Mail :

PERSONNE ORIENTÉE

Nom/Prénom :

Date de naissance : Age :

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

.....

Tél : 0596..... GSM : 0696.....

PERSONNE RÉFÉRENTE/ AIDANT PRINCIPAL

Nom/Prénom :

.....

Lien de parenté :

Commune :

Tél : 0596..... GSM : 0696.....

Mail :

Usager informé et en accord avec la demande ? OUI NON

EXPOSÉ DE LA SITUATION ET DEMANDES INITIALES DE LA PERSONNE ORIENTANT :

PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES (cochez les critères correspondants à la situation)

MÉDICALE

Pathologies :

Maladie neurodégénérative

Trouble psychiatrique

Hospitalisations répétées au cours de l'année

Rupture de soins

Identifié soins palliatifs

Autres :

PSYCHO-COMPORTEMENTALE

Troubles de l'humeur/difficulté émotionnelle

Troubles du comportement

Incapacité d'auto-jugement/ de sécurité

Autres :

AUTONOMIE

Alitement

Marche difficile

Perte d'autonomie dans les AVQ

Autres :

SOCIALE

Faibles ressources

Entourage professionnel absent ou insuffisant

Isolement

Accès aux droits

Autres :

FAMILIALE

Aidant démuni

Aidant épuisé

Conflit familial

Pas de famille

Autres :

ENVIRONNEMENTALE

Logement inadapté/inaccessible

Logement insalubre

Matériel d'aide manquant au domicile

Autres :

COMPLEMENT D'INFORMATIONS :