

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 : Fils âgé et épuisé .....

### 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 :