

Fiche de demande d'appui

Date de la demande :

Cadre réservé au service		
ADMINISTRATIF Gwalenn <input type="checkbox"/> Déjà existant <input type="checkbox"/> A faire <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Fiche scannée	Tableau de suivi <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Complet	Mission <input type="checkbox"/> Info <input type="checkbox"/> Orientation <input type="checkbox"/> Appui coord.
TRANSMISSION ET INFO Info Usager/Entourage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pro à relancer / /	Médecin informé <input type="checkbox"/> Oui par le sollicitant <input type="checkbox"/> Oui par la PTA <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> M.S. <input type="checkbox"/> Tel.	Contact / Accord Usager <input type="checkbox"/> Contact Non nécessaire <input type="checkbox"/> Contact le / / <input type="checkbox"/> Accord Usager <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/>

IDENTITE DU DEMANDEUR	
Nom et Prénom _____ Fonction/Structure _____ Fixe/Portable _____ Mail _____ Messagerie sécurisée _____	Modalité de contact <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Mess. sécurisée <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Fixe Créneau : _____

IDENTITE DE L'USAGER CONCERNE PAR LA DEMANDE	
Nom d'usage _____ Nom de naissance _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Adresse complète _____ Portable/Fixe _____	Situation Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple

CERCLE DE SOINS
Médecin traitant : _____ Autres professionnels _____ _____ _____ _____

COORDONNEES DE L'ENTOURAGE			
Nom			
Lien			
N° de tel			
Lieu de résidence			

TYPE(S) DE DEMANDE AVANT L'ÉVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE

(Noter **1** pour raison principale – **2** pour raison secondaire)

Appui au parcours de soins de la personne		Accès aux droits PH	
Autonomie		Accès aux droits des familles	
Santé psychique / cognitive		Relations ville-hôpital	
Santé physique		Soutien aux aidants	
Accès aux droits PA		Autres :	

QUESTIONNEMENTS JUSTIFIANT LA DEMANDE D'APPUI

DEMARCHES À EFFECTUER