

Consentement

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

- Oui Non Consentement ne pouvant être recueilli

La personne concernée accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ?

- Oui Non

Date de la demande

Demandeur

Nom :

Prénom :

- personne elle-même entourage professionnel :

Fonction/Lien :

Structure :

Téléphone :

Courriel :

Personne concernée

Nom : Morin

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

- En situation de handicap

Protection juridique : Oui Non En cours

- Reconnaissance MDPH

Si oui, laquelle et coordonnées :

Situation familiale et professionnelle

- Célibataire Marié(e) Veuf(ve) PACS Autre :

- Vit seul(e) Est aidant(e) Personne à charge A un animal

Est-elle hospitalisée ? Oui Non Dans quel service :

Date de sortie prévue :

Bénéficie-t-elle de prestations financières ? AAH APA RSA Autre :

Statut professionnel : En retraite En recherche d'activité En activité En scolarité Etudiant

Entourage

Contact 1 : Nom :

Prénom :

Lien :

Coordonnées :

- Informé de la demande Personne à prévenir Personne de confiance déclarée Responsable légal

Contact 2 : Nom :

Prénom :

Lien :

Coordonnées :

- Informé de la demande Personne à prévenir Personne de confiance déclarée Responsable légal

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____
Sans médecin traitant Motif : _____
Commune : _____
Coordonnées : _____
Informé de la demande : Oui Non A donné son accord : Oui Non

Intervenants sur la situation

(Regroupement de personnes, professionnels et structures, intervenant dans l'accompagnement de la personne dans le domaine sanitaire, médico-administratif, médico-social et social)

intervenent	Type d'action	fréquence	Coordonnées

Motifs de la demande

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accès aux soins | <input type="checkbox"/> Accès aux droits |
| <input type="checkbox"/> Pathologie lourde / Polypathologie | <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Douleurs / Altération de l'état général | <input type="checkbox"/> Place de l'aidant (épuisement, absence, ...) |
| <input type="checkbox"/> Problématique de fin de vie / Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Accès aux aides (prestations, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Souffrance psychologique | <input type="checkbox"/> Gestion administrative et financière |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input type="checkbox"/> Protection aux biens et/ou à la personne |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Logement |
| <input type="checkbox"/> Chutes | <input type="checkbox"/> Barrière culturelle et/ou linguistique |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Parcours scolaire et/ou professionnel |
| <input type="checkbox"/> Vigilance | <input type="checkbox"/> Activités culturelles et de loisirs |
| <input type="checkbox"/> Problématiques liées aux médicaments | <input type="checkbox"/> Autre : |

Attentes

A renvoyer à :

contact@asso-ap.fr

Traitement de la demande

- Information
 Orientation
 Traitement interne

Encart réservé

Notes

Document réalisé et utilisé par le DAC, la MDAA, les CLIC, les plateformes de service et les communautés 360.

Les informations collectées sur les personnes font l'objet d'une saisie informatique. Ces informations sont réservées à l'usage de l'organisme réceptionnant la demande et ne peuvent être communiquées qu'au personnel du service. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en faisant une demande écrite auprès d'un membre du service et en se rendant sur rendez-vous dans les locaux, muni d'une pièce d'identité.