

Demande de prise en charge

Date de la demande :

Personne qui réceptionne la demande :

Durée de l'appel :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
Nom/Prénom :	<input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Entourage
Structure :	Fonction :
Téléphone :	Fax :
Mail :	

IDENTITÉ DE L'USAGER/PATIENT	
Nom d'usage*:	Nom de naissance* :
Prénom* :	<input type="checkbox"/> Féminin* <input type="checkbox"/> Masculin*
Date de naissance* :	Commune de naissance* :
Pays (si hors de France)*: Adresse :	Condition de vie :
Téléphone :	Vit seul <input type="checkbox"/> Présence entourage aidant <input type="checkbox"/>
Mail :	<small>*Critères obligatoires pour la création du dossier informatisé</small>
INFORMATION / CONSENTEMENT	
Le patient doit être obligatoirement informé de la demande. Confirmez-vous que c'est bien le cas ? <input type="checkbox"/> OUI	
La personne est-elle informée de la création de son dossier informatisé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP	

SITUATION SANITAIRE	
Pathologie principale :	
Hospitalisé(e) ou à domicile :	
Date de sortie prévisionnelle :	
Histoire de la maladie / du handicap / problématique /symptômes :	

MOTIF DE LA DEMANDE / INFORMATIONS DIVERSES

Coordination médicale	Coordination sociale	Prise en charge psychologique	Soins palliatifs :	Aggravation rapide ou risque de décompensation
				Symptômes d'inconfort (douleurs, nausées...)
Transmission des comptes rendus :			OUI	NON

CERCLE DE SOINS / INTERVENANTS

Médecin traitant : **VAD:** OUI NON NSP

Médecin référent :

Etablissement / Service :

IDEI *qui, quand, coordonnée :*

Service d'aide à domicile *qui, quand, coordonnée :*

Prestataire *coordonnée :*

Matériel présent au domicile *lit médicalisé, O2 :*

SITUATION MÉDICO-SOCIALE

Situation familiale :

Entourage familial

Coordinnées :

Situation professionnelle *(actif, retraité, arrêt de travail, invalidité...) :*

Habitat *(appartement, maison, hébergement, institution, sans domicile...) :*

N° sécurité sociale :

Couverture sociale *(régime général, spécial, fonction publique, indépendant...) :*

Couverture santé complémentaire *(nom) :*

APA *(GIR, nombre d'heures) :*

MDPH *(type de prestation) :*

Mesure de protection *(tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale) :*

EVALUATION DE LA DEMANDE

Attentes du patient

Démarches/Actions réalisées par vous ou par les autres professionnels identifiés