

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 :

☐ Professionnel ☐ Entourage

Structure :

Fonction :

Fax :

Téléphone :

Mail :

IDENTITÉ DE L'USAGER/PATIENT

Nom d'usage* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

☐ Féminin* ☐ Masculin*

Date de naissance* :

Pays (si hors de

Commune de naissance* :

France)*: Adresse :

Condition de vie :

Vit seul ☐ Présence entourage aidant ☐

Téléphone :

Mail :

*Critères obligatoires pour la création du dossier informatisé

INFORMATION / CONSENTEMENT

Le patient doit être obligatoirement informé de la demande. Confirmez-vous que c'est bien le cas ? ☐ OUI

La personne est-elle informée de la création de son dossier informatisé ? ☐ OUI ☐ NON ☐ 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 :				
IDEL <i>qui, quand, coordonnée :</i>				
Service d'aide à domicile <i>qui, quand, coordonnée :</i>				
Prestataire <i>coordonnée :</i>				
Matériel présent au domicile <i>lit médicalisé, O2:</i>				
SITUATION MÉDICO-SOCIALE				
Situation familiale :				
Entourage familiale				
Coordonnées :				
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		