

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)

intervenant	Type d'action	fréquence	Coordonnées

Motifs de la demande

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

Attentes

A renvoyer à :

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.