

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Merci d'envoyer cette demande par fax au 01 60 72 03 25  
ou contactez-nous au 01 60 71 05 93

# N°

Inclusion le :

(Réservé au RT2S77)

**MERCI DE JOINDRE A CETTE DEMANDE TOUS LES DOCUMENTS DONT VOUS DISPOSEZ (CRH, Ordonnance ...)**

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

**Date de la demande :**

**Par :**

Nom :	Prénom :
Fonction :	Structure :
Adresse :	Mail :
Téléphone :	

**PATIENT(E)**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :

**PERSONNE REFERENTE (hors professionnel)**

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

**PERSONNE(S) VIVANT(S) AU DOMICILE**

Lien : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_

**PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT**

**Médecin traitant** (*information obligatoire pour la prise en charge du patient*)

Nom :	Prénom :
Adresse :	Mail :
Téléphone :	

Cadre réservé au RT2S77 :

Accord :  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

**Autres spécialistes**

Nom :
Prénom :
Spécialité :
Structure :
Coordonnées :

Nom :
Prénom :
Spécialité :
Structure :
Coordonnées :

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE**

- Evaluation gériatrique  Evaluation du domicile  Accompagnement soins palliatifs  
 Accompagnement oncologique  Evaluation de la douleur  Prise en charge fin de vie  
 Suivi post-hospitalisation  Soutien psychologique  Soutien aux aidants  Soutien aux équipes  Mise en place d'aides

**PRECISEZ LES OBJECTIFS DE VOTRE DEMANDE, QUELLES SONT VOS DIFFICULTÉS ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ÉTAT DE SANTÉ

Pathologie(s) principale(s) et antécédents :

---

---

---

Poids : kgs

Taille : cm

### AUTONOMIE

**Préparation des repas :**

Seul(e)

Avec aide

**Alimentation :**

Seul(e)

Avec aide

**Toilette :**

Seul(e)

Aide partielle

Aide totale

**Déplacement :**

Marche sans aide

Marche avec aide

Ne marche plus

**Continence :**

Continent

Incontinence urinaire

Incontinence fécale

Port de protection

Sonde urinaire

Colostomie

### COMMUNICATION

Bonne communication

Communication difficile

Ne communique plus

Confusion

Somnolence

Troubles du comportement : \_\_\_\_\_

## DOULEUR

Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENT

Traitement actuel et posologies :

---

---

---

**AIDES EN PLACES (HAD, IDEL, SSIAD ...) Nom + Coordonnées**

---

---

---

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**