

Pôles Autonomie Territoriaux	<a href="mailto:contact@pat-coulommiers.fr">contact@pat-coulommiers.fr</a>	<a href="mailto:accueil@pat-meaux.fr">accueil@pat-meaux.fr</a>	<a href="mailto:accueil@pat-lagny.fr">accueil@pat-lagny.fr</a>
Réseau Gospel	<a href="mailto:contact@gospelreseau77.com">contact@gospelreseau77.com</a>		Fax : 01.83.61.62.18

**Synthèse :**

- Information-orientation
- Evaluation
- PEC ou accompagnement

Date de la demande :

- Pré signalement
- Oncologie  Gériatrie  Soins Palliatifs
- Situation complexe

**PROFESSIONNEL QUI RECOIT LA DEMANDE D'APPUI – (à remplir par l'association qui réceptionne la demande)**

Nom/Prénom :  
Fonction :

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE**

Nom /Prénom :  Professionnel  Entourage  
 Structure : Fonction :  
 Adresse : Téléphone :  
 Téléphone : Fax :  
 Mail :  
 Comment le demandeur a-t-il connu la structure ?

**IDENTITÉ DE L'USAGER/PATIENT**

**Nom de naissance\* :** **Prénom\* :**  
 Nom d'usage : NIR :  
 Féminin\*  Masculin\* Âge :    ans  
**Date de naissance\* :** **Commune de naissance\* :**  
**Commune de naissance\* :** **Arrondissement\* :** **Pays (si hors de France)\* :**  
 Adresse :  Adresse Administrative  Adresse pour visite à domicile  
  
 CP : Ville :  
 Information complémentaire : Mail :  
 Téléphone : Mail :  
  
 Personne ressource / Lien :  
 Téléphone / Mail:  
**La personne appelle pour elle même**   
 La personne est-elle informée de cette demande ?  OUI  NON  NSP  
 La personne est-elle informée de la création de son dossier informatisé ?  OUI  NON  NSP

\*Critères obligatoires pour la création du dossier informatisé

**ENTOURAGE MÉDICAL/PARAMÉDICAL**

**Médecin traitant :** Commune :  
 Est-il informé de la demande d'appui :  OUI  NON  NSP  
 Nom/Téléphone/Mail :  
  
 IDE  Kiné  SAAD  SSIAD  ESA  SAAD  HAD  Autres professionnels :  
 Nom/Téléphone/Mail :

## SITUATION SANITAIRE

Aujourd'hui, la personne est  Hospitalisée  A domicile

○ Etablissement :

Service :

Référent hospitalier :

○ Sortie pour retour à domicile prévue le :

**Renseignements médicaux :**  Personne en situation de handicap

Pathologie(s)/Localisation :

Histoire de la maladie / du handicap :

## SITUATION MÉDICO-SOCIALE

**Conditions de vie :**  seul(e)  en couple  en famille  veuf(ve)

Enfant(s) :

Vivant à proximité

Aidant principal :

**Habitat :**  Locataire  Propriétaire  Hébergé(e) en famille  RA  Etablissements

**Ressources mensuelles :**

€ ou revenu brut global :

€

**Caisse de retraite principale :**

**Caisse complémentaire :**

**APA :**  OUI  NON  NSP

**MDPH**  OUI  NON  NSP

**Mutuelle**  OUI  NON  NSP

**Mandataire Judiciaire :**  OUI  NON  NSP

Coordonnées :

## MOTIF DEMANDE D'APPUI / INFORMATIONS +

## TRAITEMENT DE LA DEMANDE (à remplir par l'association qui réceptionne la demande)

Réponse immédiate apportée/demande traitée

Clôture de la demande Date :

**Urgence avérée :**  OUI  NON

**Motif :**  Appui spécialisé (Soins palliatifs)  Sortie d'hospitalisation  PMV  Rupture d'aide

Orientation :  Réseau  PAT  Gestion de cas  Autres