

**ORIGINE DE LA DEMANDE :**

Date de la demande :    /    /

Identité du demandeur :.....

.....

Qualité :.....

Structure :.....

Tel :.....

Mail.....

Délai d'intervention souhaité : .....

**Si urgent, préciser le motif :**

**MOTIFS DE LA DEMANDE :**

- Maintien à Domicile Difficile/ Epuisement des aidants
- Confusion/ Tbs cognitifs/ Tbs du comportement/ Dépression
- Chutes à répétition
- Perte de poids/Anorexie
- Passage itératif aux urgences/ Refus hospitalisation
- Syndrome de glissement/ Discussion collégiale
- Autres :.....

**Accord du MT pour intervention :** Oui  Non

**IDENTITE DE LA PERSONNE :**

Nom :.....Prénom :..... Sexe :  H  F

Date de naissance :    /    /    ( ans)

Tél/mail :.....

Adresse :.....

Code interphone : .....Boîte à clés oui  non  Code de la boîte à clés .....

Situation familiale :  Vit en couple  Vit seul  Vit avec une autre personne

**Accord de la personne pour notre intervention :**  Oui  Non

**AIDANT PRINCIPAL :**

Nom :..... Prénom :.....

Tél/mail :.....

Lien avec la personne :..... Prévenue de la demande :  Oui  Non

**PARCOURS MEDICAL :**

Coordonnées du Médecin traitant (Tél/Mail) : .....

Pathologie(s) principale :..... Posé le :    /    /

Situation actuelle :  A domicile  Hospitalisation  Etablissement médico-social :.....

**AUTRES INTERVENANTS** (merci de préciser Nom, prénom, numéro de téléphone et mail) :

- Mesure de protection :  Tutelle  Curatelle  Autre :.....  Lien avec la personne
- Assistante sociale :.....  Gestionnaire de cas :.....
- IDEL : .....  Kiné :.....
- SSIAD : .....  SSAD : .....
- Orthophoniste : .....  Psychologue : .....
- HAD : .....
- Autre : .....

**DESCRIPTIF DE LA SITUATION** (antécédents, problématiques actuelles) :

**Merci de joindre les courriers médicaux et évaluations déjà réalisé (Biologies, compte-rendu d'imageries, ordonnances, bilan cognitif, etc....)**