**DATE :** Cliquez ici pour entrer une date. **PATIENT INFORMÉ DE LA DÉMARCHE :**

**MEDECIN TRAITANT INFORMÉ DE LA DÉMARCHE**:

**ORIGINE DE LA DEMANDE**  **Professionnel :**

Nom : Tel :

Fonction : Email :

**PATIENT**  NIP (GHT uniquement):

NOM : PRENOM : H F

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Tel fixe : Tel portable :

Adresse : Commune :

Mutuelle : Numéro SS :

Caisse de retraite (primaire) : Caisse de retraite (secondaire) :

**SITUATION**

A domicile : Avec un tiers Seul Chez un tiers Isolé

En institution/hospitalisation :  Nom de la structure :

Sortie prévue le : Cliquez ici pour entrer une date.

**PERSONNE A CONTACTER /RÉFÉRENT**

Nom et prénom : Lien de parenté :

Tel : Email :

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Évaluation médico-psycho-socio-environnementale (EGS) Interventions de soins à domicile

Évaluation sociale (aide financière, mesure de protection) Aménagement du logement (ergothérapeute)

Mise en place d’un plan d’aide (APA) Évaluation nutritionnelle

Révision plan d’aide (participation financière trop élevée) Situation complexe

Aggravation du plan d’aide Consultation (mémoire, gériatrique, spécialisée)

Aides diverses au maintien à domicile Autres:

**ORIENTATION(S) PRESSENTIE(S)**  CLIC  MAIA  Réseau  ESA

**MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom : Tel :

Adresse : Email :

**AUTRES PROFESSIONNELS AUTOUR DU PATIENT**

Nom : Nom :

\* Merci de joindre l’ordonnance du traitement en cours

Fonction : Fonction :

Tel : Tel :

**PRÉSENTATION SITUATION / DIFFICULTÉES IDENTIFIÉES \***

MMS : /30 IADL : /4