**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