

Fiche de demande d'appui à la coordination

Date de la demande :

N° de dossier SPICO :

DEMANDEUR	PERSONNE CONCERNÉE / PATIENT/USAGER
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Fonction/Qualité :	Date de naissance ou âge :
Structure ou statut :	Situation socio-professionnelle :
(Professionnel, aidant)	Adresse :
Téléphone :	Ville :
Courriel :	Téléphone :
	Vit à domicile : Oui Non Vit Seul : Oui Non
	en établissement : Oui Non

CADRE DE LA DEMANDE :

Maintien à domicile Sortie d'hospitalisation Date : Soins Palliatifs Maladie chronique
☐ Autre :

ENTOURAGE / AIDANTS

Nom : Lien : Tel :
 Nom : Lien : Tel :
 Nom : Lien : Tel :
 Présence d'un représentant légal : ☐ Oui ☐ Non ☐ Famille ☐ Professionnel Nom :
 Personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non Nom : Tel :

LISTE DES PROFESSIONNELS ET SERVICES EN PLACE

Fonction	Nom – Prénom et/ou Dénomination de la structure	Tél / Courriel
Médecin traitant		
Aide à domicile		
Infirmier·e		
SSIAD		
Kiné		
Pharmacie		
Prestataire		
Référent APA/ PCH		
Assistant·e social·e		
Autres (portage repas, spécialiste, télé assistance)		

INFORMATION / CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS

La personne ou ses proches sont-ils informés de l'orientation ? ☐ Oui ☐ Non
 Pensez-vous que la personne rencontre des difficultés à prendre les décisions qui la concernent ? ☐ Oui ☐ Non
 Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ? ☐ Oui ☐ Non
 Le médecin traitant est-il informé de l'orientation ? ☐ Oui ☐ Non

AIDES FINANCIERES EN PLACE

APA ☐	☐ Ne sait pas ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours	Depuis le : GIR : Nb d'heures :
PCH ☐	☐ Ne sait pas ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours	Depuis le :
Autres ☐ Préciser :	☐ Ne sait pas ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours	Depuis le :

DIAGNOSTIC MEDICAL

Préciser :

