

Fiche de demande d'appui à la coordination

Date de la demande :

N° de dossier SPICO :

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

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

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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui Non En cours	Depuis le : GIR : Nb d'heures :
PCH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas Oui Non En cours	Depuis le :
Autres <input type="checkbox"/> Préciser :	<input type="checkbox"/> Ne sait pas Oui Non En cours	Depuis le :

DIAGNOSTIC MEDICAL

Préciser :

