



Date de la demande :

Personne complétant la demande (coordonnées du rédacteur de la fiche)

Libéral Structure Aidant Bénéficiaire

Nom Prénom :

Fonction : Structure :

Coordonnées :

Téléphone(s) : Adresse mail :

Personne concernée

Coordonnées :

Civilité M Mme Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :/...../..... Age :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone(s) : Email :

Consignes particulières pour la prise de contact (indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite...) :

Vit : seul(e) en famille avec un conjoint avec un enfant

avec entourage (liens) :

avec animal de compagnie :

Logement : maison appartement propriétaire locataire en milieu rural en milieu urbain

Etage :

Suivi des démarches : Contacter la personne elle-même en priorité

Contacter la personne ressource

GIR si connu :

Personne de confiance (à contacter):

NOM Prénom :

Lien (professionnel, famille, voisinage) :

Contacts :

Contexte de la demande (origine de la demande et raisons)

.....
.....
.....
.....
.....

Fragilités et problématiques connues

.....
.....
.....
.....
.....



Services et professionnels en place connus

Prise en charge : PCH APA Caisse de retraite Oui Non En cours Envisagée

Médecin traitant : Oui Non Ne sait pas Informé de la demande : Oui Non Ne sait pas

Nom Prénom : Commune :

Coordonnées :

Mesure de protection juridique : Oui Non Ne sait pas En cours

Nom du mandataire : Privé Associatif Familial

Coordonnées :

Type de mesure : Curatelle Curatelle renforcée Tutelle Sauvegarde de justice

Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ? Oui Non

Si oui, n° dossier Pour quel EHPAD ?

Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ? Oui Non

Si oui pour quel motif ? :

Dans quel établissement ?

Autres services ou professionnels :

Service / professionnel (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage repas...)	Coordonnées
Aides ménagères :	
Portage repas :	
Téléalarme :	
SSIAD :	
SAAD :	
Infirmier libéral :	
Professionnel libéral :	
Autres :	

Rappel des critères de sortie du dispositif

- o Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois.
- o Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif.
- o Le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en établissement.
- o Le bénéficiaire déménage en dehors du périmètre d'action du CRT.
- o Le bénéficiaire ne répond plus aux critères de prise en charge évalués par le cadre coordonnateur du CRT avec l'avis du médecin si ces critères sont liés à l'état de santé de l'utilisateur ;
- o L'accompagnement renforcé ne présente plus de plus-value pour le bénéficiaire.
- o Atteinte des objectifs définis dans le PAP.