

PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE :

Le médecin traitant est favorable à l'accompagnement : oui non

Date de la demande : ... /... /... ..

N° de dossier (ne pas compléter) : .../... /... ..

CONCERNANT <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____
Nom de jeune fille : _____	Prénom : _____
Date de naissance ou âge : _____	Fonction/Qualité : _____
Téléphone/Mail : _____	Structure ou statut : _____ (professionnel, aidant)
Adresse : _____	Téléphone/Mail : _____
Ville : _____	
Vit seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

CADRE DE LA DEMANDE : Maintien à domicile Sortie d'hospitalisation Autre :

ENTOURAGE

Aidant principal Entourage proche	Nom : _____	Lien avec la personne : _____	Tél : _____
Présence d'un représentant légal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : _____	Prénom : _____	Tél : _____
Qualité : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Professionnel			Mail : _____

DES SERVICES SONT-ILS EN PLACE ? Oui Non

SI OUI, PRECISER :

	Problématiques identifiées	Merci de préciser ↓
Santé	<input type="checkbox"/> COVID-19 suspicion <input type="checkbox"/> Test Positif COVID-19. Date :/...../..... <input type="checkbox"/> Hospitalisation récente <input type="checkbox"/> Difficultés dans la prise du traitement <input type="checkbox"/> Difficultés dans le suivi médical <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (5 sens) <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <i>(Agitation, agressivité, déambulation...)</i> <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs/mémoire <i>(Oublis, troubles de la reconnaissance, désorientation dans le temps et l'espace...)</i>

ATTENTES DU PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE – BESOINS NON COMBLES IDENTIFIES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITE DONNÉE (Cadre réservé à la MAIA 82)

Date de la clôture (ne pas compléter) :