

FICHE DE RECUEIL DE LA DEMANDE

Date de la demande :

1 - LE PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Nom / Prénom :

Structure / type de professionnel :

Téléphone :

Mail :

Adresse :

Interlocuteur à contacter en l'absence du demandeur :

Nom / Prénom :

Téléphone :

2 - MOTIF DE LA DEMANDE

- *Quelles sont les attentes du demandeur ? / Que peut-on faire pour vous ?*
- *Souhaits/attentes de la personne ?*
- *Demander des comptes rendus ou synthèse de la situation.*
- *Est-ce qu'il est connu sur SPICO ?*

3- CONSENTEMENT

LA PERSONNE ET OU LE REPRESENTANT LEGAL EST IL INFORME DE LA DEMANDE ?

oui **non**

Préciser si représentant légal :

Nom/Prénom :

Structure :

Coordonnées :

Si non pourquoi ?

LA PERSONNE CONSENT ELLE AU PARTAGE D'INFORMATION ?

oui **non**

Si non, pourquoi ? (Pas en capacité d'exprimer ou autre)

LE MEDECIN TRAITANT EST IL INFORME DE LA DEMANDE ?

oui **non**

Si non, pourquoi ?

4- QUELLES PROBLEMATIQUES ?

- *Social (rechercher la notion de vulnérabilité) :*
- *Médical (Symptômes d'inconfort, problématique aigue, etc.) :*
- *Pathologie (diagnostiquée ou non) :*
- *Douleur, Fin de vie, Autre :*
- *Quel changement dans la situation pourrait entrainer une rupture du parcours ? (Changement imminent de lieu de vie, Sortie d'hospitalisation, départ de l'aidant unique, Date ? etc.)*

5-IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom / Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Date de naissance :

Commune de naissance (si connue) :

Coordonnées téléphonique et mail :

Numéro de sécurité sociale :

- **PERSONNE RESSOURCE :**

Nom / prénom :

Coordonnées :

Nature du lien (famille, voisin, ami...) :

- **LIEU DE VIE LORS DE LA DEMANDE :**

Domicile : Seule Avec entourage non aidant Avec entourage

En établissement médico-social, préciser :

➤ Si en cours d'hospitalisation lors de la sollicitation (ets sanitaire), préciser :

Date de sortie :

6-PROFESSIONNELS INTERVENANTS *Quels sont les professionnels intervenant sur la situation ? (Ex : travailleur social, SAAD, paramédicaux, spécialistes, etc)*

Type de professionnel	Nom/Prénom	Fréquence d'intervention si connue	Coordonnées
Médecin Traitant			

7-AIDES EXISTANTES

Technique, financières....

8-PROPOSITION / REPONSE (cadre réservé au DAC)

Information :

Orientation externe :

Orientation interne :

- Régulateur : sans délai
- Coordonnateurs de parcours : revue de sollicitations
- Equipe Soins Palliatifs : sans délai si critère d'urgence ou revue de sollicitations