

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

DEMANDEUR :☐ Entourage / famille ☐ Bénéficiaire ☐ Autres (médecin, hôpital, AS)☐ Madame ☐ Monsieur

Fonction : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

☎ : _____ 📱 : _____

@ : _____

COORDONNÉES ENTOURAGE :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien : _____

Adresse : _____

☎ : _____ 📱 : _____

@ : _____

PATIENT / BÉNÉFICIAIRE :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ N° S. Soc : _____

Adresse : _____

Bâtiment : _____ Étage : _____ Digicode _____ Interphone _____

☎ : _____ 📱 : _____

ACCESSIBILITE :Double des clefs ☐ Oui ☐ Non Cleffier ☐ Oui ☐ Non Code Cleffier : _____**SITUATION :** ☐ Au domicile :☐ Vit seul-e☐ Entouré-e☐ Hospitalisé(e) :☐ Motif d'hospitalisation _____**PRÉSENCE DE :** ☐ Troubles cognitifs ☐ Troubles de la continence**MOBILITE :** ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil ☐ Alité**HYGIENE :** ☐ Autonome ☐ Partielle ☐ Dépendante**MATERIEL SUR PLACE :** ☐ Lit médicalisé ☐ Fauteuil roulant ☐ Autre _____**BESOINS EXPRIMÉS :**

ORIENTATION :☐ SSIAD ☐ SAAD ☐ SPASAD ☐ AHT ☐ GIN ☐ ESA**SECTEUR :** ☐ Amérique ☐ Flandre ☐ Buttes-Chaumont ☐ Villette**REFERANT-E :** _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

Adresse : _____

☎ : _____ ☎ : _____

@ : _____

PROFESSIONNEL DE SANTÉ EN PLACE :

☐ Infirmier-ère ☐ Kinésithérapeute ☐ Autre

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ ☎ : _____

@ : _____

Horaires et jours de passage :

☐ Aide à domicile Fondation Maison des Champs ☐ Aide à domicile autre organisme

Nom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ ☎ : _____

@ : _____

PROTECTION JURIDIQUE : ☐ OUI ☐ NON ☐ Tutelle ☐ Curatelle

☐ Proche ☐ Non (personne isolée) ☐ Autre prestataire

Représentant légal : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

☎ : _____ ☎ : _____

@ : _____

PRISE EN CHARGE ET FINANCEMENT :

☐ Inexistante ☐ En cours ☐ Existante : Nombre d'heures _____

☐ APA ☐ PCH ☐ ASL ☐ CNAV ☐ Autre (s)

Adresse : _____

☎ : _____ ☎ : _____

@ : _____

RENSEIGNEMENTS :

Comment ont-ils connu la fondation ?

☐ Internet ☐ Médecin ☐ Pharmacie ☐ Proches ☐ Ass. Soc. ☐ Mairie

☐ Autre _____