

FICHE DE SIGNALEMENT

Date : **N° Dossier :**

LE PATIENT

*Nom d'usage : *Prénom :

*Nom de naissance :

*Date de naissance : / / Age : *Lieu de naissance :

Adresse :
.....

Code : Etage : Ascenseur

Domicile : Portable :

Sexe : M F Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Enfants

N° Sécurité Sociale:

Référent familial :

Nom :



Personne de confiance:

Nom :



VIE SOCIALE :

Vit seul(e) Vit avec une personne dépendante Vit avec une personne autonome

LOGEMENT :

Adapté Inadapté

ACCORD médecin traitant :

Oui Non

LA DEMANDE D'INTERVENTION

Faite par : Institution Patient, famille/ ou entourage Profession libérale Autres

Nom du demandeur :

Coordonnées :

Téléphone : FAX :

Mail :

Motif de l'appel

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informations réseau | <input type="checkbox"/> Accompagnement psychologique | <input type="checkbox"/> Evaluation Neuropsych |
| <input type="checkbox"/> Evaluation Gle des besoins et coordination | <input type="checkbox"/> Evaluation d'ergothérapie | <input type="checkbox"/> Evaluation Diététique |
| <input type="checkbox"/> Evaluation gérontologique | <input type="checkbox"/> Accompagnement social | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> PEC Palliative | <input type="checkbox"/> Soins socio-esthétique | <input type="checkbox"/> Médicaments |
| <input type="checkbox"/> Evaluation douleur | <input type="checkbox"/> Relaxation | |

Soutien par le réseau

du patient de l'entourage de l'équipe soignante aide à la réflexion aide à l'orientation

Autres :

PATHOLOGIES ET SYMPTOMES

Soins palliatifs Gérontologie Soins de support

Maladies Neurodégénératives

Démence Parkinson Alzheimer Autres

Cancer Méta

Poly pathologies

Dépression

Douleurs

Troubles du comportement Troubles cognitifs

Troubles locomoteurs : Difficultés à la marche Pertes d'équilibre Chutes

Troubles sensoriels

Autres :

VAD le **à** **h** **avec** Médecin SP Gériatre IDEC Psychologue Ergo
Autres intervenants prévus : MT IDEL Autres

MEDECIN TRAITANT : Adhérent

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Port:

Mail : FAX :

AUTRES PROFESSIONNELS A DOMICILE : (NOM ET COORDONNEES)

IDE

Kiné

Auxiliaire de vie

HAD

SSIAD

PAT

Prestataire en matériel

Pharmacie

Médecin Hospitalier

Hôpital/Clinique

Autre

REPONSE DONNEE A LA DEMANDE : Date :

Inclusion : Oui Non

Absence de demande du patient/refus du patient

Pas de RAD

Absence demande famille/ Refus de la famille

Décès patient avant intervention

Absence de réponse MT/ Refus

Hospitalisation ou Entrée EHPAD Hors secteur

Dépassement des capacités de la PEC du réseau

Hors critère médical ou Géographique

Autres..... Pas de Nouvelles

Stabilisation

COMMENTAIRES :