

FICHE DE SIGNALEMENT

Date :

N° Dossier :

LE PATIENT

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Code : Etage : Ascenseur

Domicile : Portable :

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

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

N° Sécurité Sociale:

Référent familial :

Personne de confiance:

Nom :

Nom :





VIE SOCIALE :

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

LOGEMENT :

Adapté Inadapté

Médecin traitant : Dr

Accord : 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

Informations réseau Accompagnement psychologique Evaluation Neuropsych

Evaluation Gle des besoins et coordination Evaluation d'ergothérapie Evaluation Diététique

Evaluation gérontologique Accompagnement social Ostéopathie

PEC Palliative Soins socio-esthétique Médicaments

Evaluation douleur 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 Assistante sociale
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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absence de demande du patient/refus du patient | <input type="checkbox"/> Pas de RAD |
| <input type="checkbox"/> Absence demande famille/ <input type="checkbox"/> Refus de la famille | <input type="checkbox"/> Décès patient avant intervention |
| <input type="checkbox"/> Absence de réponse MT/ <input type="checkbox"/> Refus | <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou <input type="checkbox"/> Entrée EHPAD Hors secteur |
| <input type="checkbox"/> Dépassement des capacités de la PEC du réseau | <input type="checkbox"/> Hors critère médical ou Géographique |
| <input type="checkbox"/> Autres..... <input type="checkbox"/> Pas de Nouvelles | <input type="checkbox"/> Stabilisation |

COMMENTAIRES :