

FICHE DE SOLLICITATION

Réservé à l'usage des professionnels



DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

PROFESSIONNEL DEMANDEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

TYPE DE PROFESSIONNEL :

STRUCTURE :

TELEPHONE : _____ MAIL : _____

ADRESSE :

Utilisez-vous SPICO ? oui non

SITUATION ET PROBLEMATIQUE(S)

(Préciser l'état actuel de la situation et problématiques rencontrées) :

COCHER LES DIFFICULTES REPEREES :

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chute | <input type="checkbox"/> conflits | <input type="checkbox"/> logement | <input type="checkbox"/> précarité | <input type="checkbox"/> agressivité |
| <input type="checkbox"/> fugue/déambulation | | <input type="checkbox"/> troubles cognitifs | | |
| <input type="checkbox"/> abus de faiblesse | | <input type="checkbox"/> troubles de la nutrition | | |
| <input type="checkbox"/> démarches administratives | | <input type="checkbox"/> refus de soins | | |
| <input type="checkbox"/> difficultés financières | | <input type="checkbox"/> difficultés d'accès aux soins | | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | | |

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

NOM : _____ PRENOM : _____
NOM DE NAISSANCE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
LIEU (SI CONNU) : _____

ADRESSE

TEL : _____ MAIL : _____

◆ PERSONNE RESSOURCE :

NOM : _____ PRENOM : _____
COORDONNEES :

NATURE DU LIEN (famille, voisin, ami, entourage...) :

◆ LIEU ET MODE DE VIE LORS DE LA DEMANDE

Etablissement (préciser) :

Domicile Seule Avec entourage non-aidant Avec entourage

CONSENTEMENT – ACCORD

La personne est informée de la demande

La personne a consenti au partage d'information entre les professionnels de soin et à la création d'un dossier informatisé (SPICO)

Si non, pourquoi ?

refus

incapacité

mineur

tutelle

Représentant :

autres :

PROFESSIONNELS INTERVENANTS

(Indiquer dans le tableau suivant l'ensemble des intervenants et des structures d'accueil)

Type de professionnel	Nom/prénom	Coord. tel/mail	Nature et fréquence de l'intervention
Médecin traitant			
Infirmier/CDS			
SSIAD			
Service d'aide à domicile			
Mandataire			
Médecin spécialiste			
Structure (accueil de jour, CMP, ESAT...)			
Autres : kiné, ergo...			

AIDES EXISTANTES (financières et/ou matérielles) ET DOSSIERS EN COURS (APA, MDPH, FSL...) :

Préciser :

SOUHAITS ET ATTENTES DU DEMANDEUR :

Fiche de sollicitation à adresser à l'adresse suivante : contact@dac48.fr ou via **SPICO Discussion**
Pour tous renseignements supplémentaires vous pouvez également nous contacter par téléphone au
04.48.53.00.15