

Formulaire de demande d'intervention Simplifiée - #solidaritédomicile

Date de la demande : _____ La personne concernée a-t-elle été informée de la transmission d'informations ? : oui non NSP

Professionnel ou acteur qui établit le formulaire de demande d'intervention

Nom de la structure : _____ Type de structure : _____
 Nom du professionnel/qualité : _____ Service : _____
 ☎ : _____ @ : _____

Identification de la personne concernée

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : _____ Âge : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Bât/Hall/Porte/Esc : _____ Étage : _____ Code(s) : _____
 ☎ : _____ @ : _____

Personne ressource à contacter

oui non NSP

Lien (professionnel, famille, voisinage, tuteur...) : _____

Nom : _____ Prénom : _____
 ☎ : _____ @ : _____

Médecin traitant

oui non NSP

Médecin informé de la demande : oui non NSP

Nom : _____ Prénom : _____
 ☎ : _____ @ : _____

Droits de la personne concernée

APA : en place demande faite à envisager NSP GIR (préciser) : _____ PCH : en place demande faite NSP
 Caisse de retraite – Préciser laquelle : _____

Hospitalisation

oui non NSP

En cours Lieu d'hospitalisation (nom de l'hôpital et service, @, ☎) : _____

Motif(s) : _____

Sortie prévue : oui non Date : _____ Lieu de sortie : _____

La personne concernée a-t-elle un handicap connu

oui non NSP

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Handicap visuel |
| <input type="checkbox"/> Handicap psychique | <input type="checkbox"/> Handicap auditif |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental | <input type="checkbox"/> Polyhandicap |
| <input type="checkbox"/> Troubles du spectre de l'autisme | <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien |

Quelle est l'intervention à domicile demandée ?

(Type de besoin/Dates début-fin/Horaires d'intervention souhaitées)

Quelle est la structure recherchée pour intervenir ?

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
 Autre (livraison de repas, ergothérapeute, HAD...) :

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
 Autre (livraison de repas, ergothérapeute, HAD...) :

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
 Autre (livraison de repas, ergothérapeute, HAD...) :

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA RÉPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur

Date de la réponse :

Nom de la structure :

Demande d'intervention : Validée Invalidée En attente Motif :

Intervention envisagée le/à compter du :

Par (nom et fonction du professionnel) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.