CPTS Nice Centre – Nice Est

FICHE DE LIAISON

À envoyer à la CPTS NCNE via les contacts suivants :
cptsncne@gmail.com
(+33) 07 84 60 25 06

Date de demande :	**Date de Prise en charge souhaitée :**

ORIGINE DE LA DEMANDE

Établissement / Professionnel de santé / Famille / Autre Précisez : DOMUSVIE
Nom : Téléphone : Mail :

PERSONNE CONCERNEE

Nom : Prénom : Sexe : Né(e) le :
⊡ Mineur
Téléphone : Mail :
Adresse complète :
Code(s) d'entrée :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Maintien au domicile ⊡ Retour de structure Date sortie :
Identification structure / service :
Personne vivant seule : ⊡ Oui ⊡ Non Capacité à alerter : ⊡ Oui ⊡ Non
Personne à contacter :
Mesures de protection : ⊡ Tutelle ⊡ Curatelle
Responsable légal :
Personne suivie par : ⊡ DAC ⊡ CCAS ⊡ Autre :

SITUATION ACTUELLE

Problème(s) lié(s) aux AVQ (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer) ⊡ Refus de soins
⊡ Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménage, préparation des repas)

OBJET DE LA DEMANDE

Recherche de professionnels de santé (à préciser) :
⊡ Recherche de tierces personnes ou aidants (à préciser) :
⊡ Portage des repas ⊡ Téléalarme ⊡ Distribution des traitements
⊡ Aménagements du domicile ⊡ Autre (à préciser) :
⊡ Admission en établissement médico-psycho-social : ⊡ Courte durée ⊡ Moyen séjour ⊡ Long séjour

INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL

Médecin traitant / référent : Dr ⊡ ALD GIR : ⊡ 1 ⊡ 2 ⊡ 3 ⊡ 4

Pathologie chroniques : *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

⊡ Endocrinologie ⊡ Néphrologie - Urologie ⊡ Cancérologie ⊡ Ophtalmologie
⊡ Digestive ⊡ Cardiologie- Pneumologie ⊡ Rhumatologie ⊡ Dermatologie
⊡ Neurologie ⊡ Douleur chronique ⊡ Psychiatrie ⊡ Addictions

Facteurs de fragilité : *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

⊡ Troubles cognitifs, comportementaux et de l'humeur ⊡ Troubles de l'équilibre ⊡ Infection
⊡ Plaies, lésions cutanées ⊡ Dénutrition ⊡ Oedèmes

⚠ Retournez le document pour la suite du questionnaire

LISTE DES INTERVENANTS HABITUELS DU PATIENT – CELLULE DE SOIN EN PLACE

PROFESSION / STRUCTURE	*NOM - PRENOM*	*N° TELEPHONE*
PROFESSION / STRUCTURE	*NOM - PRENOM*	*N° TELEPHONE*

COMMENTAIRES LIBRES :

Traitements : ***Merci de joindre une copie des prescriptions***

INFORMATION ET CONSENTEMENT (RGPD)

Information(s) délivrée(s), patient ou responsable légal informé(s) de la démarche ☐ **Oui** ☐ **Non**

- *Attention, l'enregistrement de cette demande est conditionné à l'acceptation de la démarche !*