**Date de la demande :**

**SITUATION A DOMICILE**

**Emetteur de la demande + coordonnées :**

**Nom/Prénom (***merci de joindre un justificatif d’identité***) :**

**Date de naissance :**

**Numéro de sécurité sociale (***merci de joindre attestation de sécurité sociale et carte de mutuelle***) :**

**Adresse complète (***merci d’indiquer bâtiment, étage et codes d’accès s’il y en a***) :**

**N° de téléphone :**

**Médecin traitant, si connu :**

**Curatelle / Tutelle :**

**Personne de confiance : OUI / NON**

**Si oui, Nom / Prénom + coordonnées (***merci de joindre un justificatif***) :**

Motif de la demande

ANTéCEDENTS MEDICAUX :

TRAITEMENT ACTUEL :

**(***merci de joindre la/les dernière(s) ordonnance / lettre de liaison / derniers CR médicaux***)**

SUIVI PSYCHIATRIQUE : OUI / NON

**Si oui, où et avec qui :**

Dans un premier temps la demande est soumise à l’avis de l’équipe puis après accord, une visite à domicile est organisée dans un délai de 2 à 3 semaines. Pendant ce délai nous prendrons contact avec le médecin traitant pour l’informer de votre demande afin que celui valide notre intervention. En l’absence d’un médecin traitant, nous pouvons donc directement intervenir.

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE**

**Date de la demande :**

**SITUATION EN ETABLISSEMENT (EHPAD, RESIDENCE AUTONOMIE, …)**

**Emetteur de la demande + coordonnées :**

**Nom/Prénom (***merci de joindre un justificatif d’identité***) :**

**Date de naissance :**

**Numéro de sécurité sociale (***merci de joindre attestation de sécurité sociale et carte de mutuelle***) :**

**Adresse complète (***merci d’indiquer chambre, étage et codes d’accès s’il y en a***) :**

**N° de téléphone :**

**Médecin traitant, si connu :**

**Curatelle / Tutelle :**

**Personne de confiance : OUI / NON**

**Si oui, Nom / Prénom + coordonnées (***merci de joindre un justificatif***) :**

Motif de la demande

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

TRAITEMENT ACTUEL :

**(***merci de joindre la/les dernière(s) ordonnance / lettre de liaison / derniers CR médicaux / DLU***)**

**EVALUATIONS COGNITIVES (MMSE, GDS, NPI-ES, RUD) (***résultat et date***) :**

SUIVI PSYCHIATRIQUE : OUI / NON

**Si oui, où et avec qui :**

Dans un premier temps la demande est soumise à l’avis de l’équipe puis après accord, une visite à domicile est organisée dans un délai de 2 à 3 semaines. Pendant ce délai nous prendrons contact avec le médecin traitant pour l’informer de votre demande afin que celui valide notre intervention. En l’absence d’un médecin traitant, nous pouvons donc directement intervenir.

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE**