

FEUILLE D'INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES A DOMICILE

NOM : _____ NOM de naissance : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ CPAM MSA Autre: _____ Mutuelle : _____

Aidant principal : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

Personne de confiance : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

La personne vit seule : oui non Mesure de protection juridique: non oui (préciser le nom et n° tel du mandataire judiciaire) : _____

Directives anticipées : oui (préciser où, auprès de qui elles sont consultables : _____) non

Interventions à domicile	NOM et Prénom	Téléphone/mail
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
Infirmiers libéraux		
Pharmaciens		
Kinésithérapeute		
Pédicure-podologue		
Laboratoire d'analyse		
SSIAD		
HAD		
Service d'Aide à Domicile		
Portage de repas		
Téléassistance		
Service de l'action sociale		
Autre		

Degré d'autonomie (GIR) : _____

Si mise à jour de la situation administrative le préciser ici avec les dates : _____



Ajouter les copies des dernières ordonnances, courriers médicaux, pièce d'identité, et autres documents utiles (carte vitale, carte mutuelle, etc...)

Clés à domicile :

Personne ayant les clés (NOM et coordonnées téléphoniques) : _____

Localisation des clés : _____

Le patient donne son consentement pour que les informations contenues dans la feuille puissent être échangées entre professionnels :

Signature : _____

Date : _____

La personne ne peut donner son consentement

Suivi de la situation :

Motif de la prise en charge (hospitalisation / relevage / transfert aux urgences...)	Dates	Professionnel(s) et / ou personne(s) intervenante(s)

Indications sur le logement : est-il adapté au retour à domicile ? oui non autre chose à signaler :

Escaliers oui non

Etage oui non

Equipement salle de bain douche plein pied baignoire point d'eau

Matériel médical en place (à préciser) :