

Public : toute personne ayant été informée (elle ou son entourage) de cette demande / tous âges / toutes situations.

Date de la demande : / /

Par souci de confidentialité des données personnelles, ces informations sont à transmettre par messagerie sécurisée, par téléphone ou par courrier.

► MÉDECIN TRAITANT

Demandeur

NOM/Prénom :

Tél. :

Adresse courriel sécurisée* :

Lieu d'exercice :

A donné son accord pour cette demande d'appui : Oui Non

► AUTRE PROFESSIONNEL

Demandeur

NOM/Prénom :

Profession :

Tél. :

Adresse courriel sécurisée* :

Lieu d'exercice :

► PERSONNE CONCERNÉE

Demandeur

NOM/Prénom :

Date de naissance : / / H F

Tél. :

Adresse : Domicile Autre

Coordonnées du Représentant Légal (si besoin) :

► AIDANT

Demandeur

NOM/Prénom :

Date de naissance : / /

Tél. :

Adresse : Domicile Autre

Type de lien :

► OBJET DE LA DEMANDE :

► DESCRIPTIF DE LA SITUATION (joindre document(s) utile(s)) :

Personne actuellement Au domicile Hospitalisée (Sortie envisagée le / /

Autres partenaires connus :

* Si vous n'en disposez pas, contactez la PTA.

INFORMER ET ORIENTER

Une question ?

Information sur les aides et ressources disponibles sur le territoire et/ou orientation sur le **dispositif le plus adapté**.

ACCOMPAGNER

Une difficulté avec votre patient ?

À votre demande, notre équipe évalue la situation, recherche et, si vous le souhaitez, coordonne les meilleures solutions ; **quels que soit l'âge, la situation ou le problème de la personne** que vous accompagnez. Un retour d'évaluation vous est remis.

SOUTENIR

Soutien aux pratiques professionnelles partagées

Outils de coordination, protocoles pluri-disciplinaires, coopérations inter-professionnelles...