



Fiche de signalement

Orientation d'une personne ou une famille vers une équipe mobile aller-vers du 94

Date de la demande :

Cette demande est adressée à l'équipe :

LHSS mobile	EMSP	ACT HLM	
LHSS périnatalité	ESSIP	Ne sais pas	

Informations concernant le demandeur :

Structure :	Téléphone :
Nom, Prénom, Fonction :	Mail :

Informations concernant la personne bénéficiaire :

Nom :	Téléphone :
Prénom	Lieu de vie :
Sexe :	Adresse (où la personne peut être rencontrée):
Date de naissance :	Nationalité :

La personne est-elle informée de la demande ?	La personne est-elle d'accord avec la demande ?
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Informations sociales

Couverture sociale (AME/PUMA/sans couverture sociale) :	Pièce d'identité/ Titre de séjour :
Ressources (RSA/AAH/ADA):	Protection juridique (curatelle/tutelle) :

Entourage	
-----------	--

Langue parlée	
---------------	--

Quels sont les besoins repérés sur le plan social ?

Informations médicales

Description de l'état de la personne au moment de la demande
--

Pathologie.s somatique.s et/ou psychiatrique.s connue.s / Antécédents médicaux connus/déclarés:

Traitements en cours, si connu :

Grossesse :	Addictions :
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Déficit Moteur/ handicap :	Autre :
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON 	

Besoins médicaux repérés (observance, coordination des soins ...) :

Autres Intervenants médico-psycho-sociaux	Contact