

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

Accord de la personne :

La personne n'est pas en mesure de donner son accord :

NOM : _____ NOM de naissance : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____ Ville : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____

Référent 1 : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

Référent 2 : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

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

La personne vit seule : oui non avec personne aidée

Mesure de protection : non oui (préciser le nom et n° tel : _____)

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

Interventions à domicile	Prénom et NOM	Téléphone / Mail
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
Infirmiers libéraux		
SSIAD		
SAAD		
Pharmaciens		
CCAS / CLIC		
HAD		
Référent CD 45		
Portage de repas		
Téléassistance		
Gestionnaire de cas		
Autre		

Précisions complémentaires, degré d'autonomie (GIR) :

Autres informations utiles :



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

Nom de la structure mettant en place le document :

Identité de la personne renseignant le document et date de mise en place :

Clefs du domicile

- Personne ayant les clefs (nom et coordonnées téléphoniques) :
- Localisation des clefs :

