

FICHE D'ORIENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE

E.M.P.P.A. Goya

equipe.goya@ch-claudel.fr

U.A.O

uaocc@ch-claudel.fr

C.M.P



DATE DE LA DEMANDE :



IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Organisme :

Nom :

Prénom :

Coordonnées :

Motif d'orientation :



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE (joindre impérativement une copie de la CNI)

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Situation matrimoniale :

Nombre d'enfants : Préciser Nom(s), prénom(s) et téléphone(s) :

Lieu de résidence :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

Numéro de sécurité sociale :

La personne est-elle informée de cette demande : OUI NON La personne a-t-elle donné son accord : OUI NON

Protection juridique : OUI NON

Si oui, préciser le type de mesure, le nom et les coordonnées du mandataire :

Personne à prévenir et ses coordonnées :



INTERVENANTS AUTOUR DE LA PERSONNE

Nom du médecin traitant (ou à défaut le médecin coordonnateur de l'EHPAD) :

A t-il été contacté : OUI NON Coordonnées :

Accord du patient concernant les transmissions d'informations auprès du médecin traitant : OUI NON NE SAIT PAS

Médecin gériatre (nom, prénom) :

Coordonnées :

Médecins spécialistes (noms, prénoms) :

Coordonnées :



INTERVENANTS AUTOUR DE LA PERSONNE (suite)

Psychologue (nom, prénom) :

Coordonnées :

IDE (nom, prénom) :

Coordonnées :

Intervenants sociaux (noms, prénoms) :

Coordonnées :

Intervenants à domicile (noms, prénoms) :

Coordonnées :



EXPOSÉ DE LA DEMANDE (contexte, antécédents médicaux, bilan somatique, bilans psychique et psychologique, actions mises en place et résultats obtenus) :