

FICHE DE SAISINE

Equipe Relais Transverse

Documents à joindre :

- | | |
|---|---|
| ☐ Document d'identité valide (CNI-passeport) | ☐ Photocopies des ordonnances et des prescriptions médicales (*) |
| ☐ Une attestation de sécurité sociale à jour | ☐ Derniers comptes rendus médicaux (*) |
| ☐ Une assurance de responsabilité civile | |
| ☐ Notifications MDPH et aides accordés | |

(*) *à joindre sous pli confidentiel*

1. IDENTITE DE L'USAGER

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : / / Lieu :

Nationalité :

Téléphone : Email :

Adresse actuelle à domicile ou établissement d'accueil :

.....
.....

Situation familiale :

- | | |
|--|---|
| ☐ Marié(e), pacsé(e), en couple | ☐ Sans enfants |
| ☐ Divorcé(e), séparé(e) | ☐ Avec enfants, nombre : |
| ☐ Célibataire | Nombre d'enfant(s) à charge : |
| ☐ Veuf (ve) | |

Objet de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM Prénom :

2. ANAMNESE

Histoire de vie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours scolaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours professionnel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêts :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projet de l'utilisateur :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. SITUATION SOCIALE

Couverture sociale :

Caisse sécurité sociale :

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Mutuelle :

Numéro d'adhérent / de contrat Mutuelle :

Numéro de dossier CAF :

Numéro de dossier MDPH :

Numéro de dossier VIATRAJECTOIRE :

Numéro de dossier APA :

Régime de caisse de retraite :

Caisse de retraite complémentaire :

Allocations logement :

Mesure de protection :

- ☐ Aucune
- ☐ Demande en cours
- ☐ Curatelle
- ☐ Curatelle renforcée
- ☐ Tutelle
- ☐ Habilitation familiale
- ☐ Sauvegarde de justice

Coordonnées du représentant légal :

NOM : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Notifications MDPH et aides sociales exis

- ☐ RQTH
- ☐ AAH
- ☐ Autres revenus :
- ☐ SAVS/SAMSAH (Préciser) :
- ☐ Etablissement (Préciser) :
- ☐ PCH (nb d'heures) :
- ☐ APA (nb d'heures) :

Suivi travailleur social (interlocuteur) :

NOM Prénom :

4. COORDONNEES DES INTERVENANTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Spécialité	Nom de l'intervenant et coordonnées	Fréquence du suivi
Médecin Généraliste		
Médecin Neuro		
Médecin MPR		
Médecin Psychiatre		
Autres médecins spécialistes		
Infirmier(e)		
Kinésithérapeute	☐ Kine respiratoire	
Orthophoniste		
Psychologue		
Ergothérapeute		
Psychomotricien(ne)		
Appareilleur/ Revendeur		
DAC		

NOM Prénom :

5. RECUEIL DU CONSENTEMENT

A compléter par l'utilisateur concerné et/ou son représentant légal et à nous retourner par mail à **equiperelaistraverse@mutualite-loire.com**

Consentement () à l'étude de la situation en équipe pluridisciplinaire et à l'échange d'informations entre les intervenants associés à la recherche de solutions pour l'utilisateur dans le cadre de son accompagnement personnalisé.*

Je soussigné(e)

Nom : Prénom(s) :

Né(e) le :

Le cas échéant, organisme :

Nom : Prénom(s) :

En qualité de :

Autorise les professionnels de l'équipe relai handicap Transverse et les partenaires associés à l'accompagnement, à la coordination et la recherche de solutions, à échanger les informations personnelles strictement nécessaires au traitement de la situation par tout moyen, dans le respect des dispositions du Règlement Général à la Protection des données.

Fait à :

Le :

Signature :

() Sous réserve de l'accord préalable de la personne en situation de handicap ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenants dans l'accompagnement sanitaire et médico-social de la personne (art L 1110-4 II du Code Santé Public)*