

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Appartements de Coordination Thérapeutique

Hors Les Murs

Nom du travailleur social ayant orienté la demande :

Fonction :

Etablissement :

Chef de service :

Coordonnées : Téléphone :

Portable :

Adresse :

Mail :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom du demandeur :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Département :

Pays :

Nationalité :

Française

Étrangère, laquelle :

Téléphone ou moyen de contact :

Langue parlée :

Profession :

Numéro de sécurité sociale :

Ouverture des droits : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

Mutuelle : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

ALD : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

CSS : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

Dossier MDPH : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

Conditions de vie :

☐ vit seul ☐ avec un entourage (lien de parenté : _____) ☐ avec un animal de compagnie

Type de logement :

Locataire ☐ Propriétaire ☐ Hébergé à titre gratuit ☐ Etablissement social/médical ☐ Autre (précisez) ☐

Adresse complète :

Problématiques motivants la demande

- Pathologie(s) somatique(s) :

- Pathologie(s) psychiatrique(s) :

- Démarche(s) sociale(s) :

- Médecin généraliste / spécialiste : ☐ oui ☐ non
- Si oui, coordonnées :
- Traitement en cours : ☐ oui ☐ non

Attentes

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Conseil / éducation à la santé | ☐ Coordination des soins | ☐ Soutien psychologique |
| ☐ Evaluation des besoins en soins | ☐ Identification des besoins sociaux | ☐ Orientation vers les soins |

Informations utiles



A.C.T. SATO PICARDIE

74 rue de Stalingrad 60200 Compiègne

9 rue du Marechal Delattre de Tassigny 60100 Creil

n° fines 600016232