

FICHE D'ORIENTATION CRT Sud

Services et professionnels en place connus	
Prise en charge : <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Caisse de retraite <input type="checkbox"/> Autres :	
Médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Informé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Nom Prénom : Commune : Coordonnées :	
Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> En cours Nom du mandataire : <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Associatif <input type="checkbox"/> Familial Coordonnées : Type de mesure : <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	
Demande d'hébergement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, n° dossier Pour quel EHPAD ?	

Autres services ou professionnels	
Service / professionnel (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage repas...)	Coordonnées
Aides ménagères :	
Portage repas :	
Téléalarme :	
SSIAD :	
SAAD :	
Infirmier libéral :	
Professionnel libéral :	
Autres :	

Besoins de la personne
-
-
-
-



FICHE D'ORIENTATION CRT Sud

Information dispositif CRT

L'information relative au CRT Sud a été donnée à l'utilisateur ? Oui Non

L'utilisateur donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ? Oui Non

Commentaire de l'utilisateur relatif au dispositif CRT :

.....

.....

Adhésion de l'aidant proche ? Oui Non Autre :

Informations réservées au CRT Sud

Date de la demande :

Réponse apportée : Information/orientation Accompagnement CRT Sud

.....