



**FICHE D'ADMISSION Centre de Ressources Territorial  
à renvoyer à : crt@ch-somain.fr**



**DATE DE TRANSMISSION DU DOCUMENT :** .....

**ORIGINE DE LA DEMANDE :**

NOM/PRENOM :	
FONCTION :	
COORDONNEES (mail/tel)	

**BENEFICIAIRE :**

**SITUATION ACTUELLE :**  DOMICILE  HOSPITALISATION

**GIR**(entourer) : 1 2 3 4 NC

NOM NOM DE NAISSANCE PRENOMS	
DATE DE NAISSANCE AGE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
PERSONNE A PREVENIR : PERSONNE DE CONFIANCE : (Coordonnées, lien)	
SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Aidant présent	..... Vit seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    PRECISER..... Nombre d'enfants ..... Nom de l'aidant ..... Lien : .....
PROTECTION JURIDIQUE (PRECISER LES COORDONNEES)	<input type="checkbox"/> CURATELLE PRECISER..... <input type="checkbox"/> TUTELLE PRECISER..... <input type="checkbox"/> AUTRE PRECISER .....
AIDES ET SUIVIS EN COURS	<input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> CARSAT <input type="checkbox"/> DAC <input type="checkbox"/> CLIC AUTRE : .....
STRUCTURES INTERVENANTES :	<input type="checkbox"/> TELEALARME ..... <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> PORTAGE DES REPAS <input type="checkbox"/> AIDE MENAGERE <input type="checkbox"/> AUTRES PRECISER.....

**SUIVI MEDICAL ET PARAMEDICAL :**

MEDECIN TRAITANT (Nom, ville, tel)	
SUIVI MEDICAL	<input type="checkbox"/> EFFECTIF <input type="checkbox"/> ABSENT
PARAMEDICAL (IDE, KINE, ...)	

**DROITS DES USAGERS**

CONSENTEMENT	La personne concernée accepte la transmission et le traitement des informations la concernant. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON La personne concernée est informée et favorable à l'orientation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OBJECTIFS DE L'ORIENTATION BESOINS EXPRIMES PAR LA PERSONNE	

**NB :** Fournir la copie de la pièce d'identité et de la carte vitale