

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date de la demande : .....

Prénom du patient : \*      Nom de famille du patient : \*      Né(e) le : \*  
.....

Numéro de sécurité sociale :      Téléphone du patient : \*  
.....

### Adresse de prise en charge

N° :      Rue :  
.....

Code postal : \*      Ville : \*  
.....

### Entourage familial / Personne à contacter

Nom de famille (du proche) :      Prénom (du proche) :      Lien :  
.....

Téléphone (du proche) : \*      Médecin traitant : \*  
.....

## — Nom de la personne demandant la prise en charge ●●●

Nom du demandeur de la prise en charge : \*

Téléphone du demandeur : \*

.....

.....

Profession du demandeur : \*

Infirmier(e)

Medecin

Autre

Si autre, veuillez préciser : .....

Motif(s) de la demande d'admission : \*

Accompagnement

Aides financières

Aides humaines

Aides techniques

Difficulté de l'équipe soignante

Douleur

Ethique

Maintien à domicile

Prise en charge sociale

Souffrance psychologique patient

Souffrance psychologique de l'entourage

Pathologie :

La personne est :

Valide

Non valide

Grabataire

Le patient est-il connu de l'assistance

sociale du service ? :      Oui      Non

Le patient est-il hospitalisé ?      Oui      Non

Si oui, dans quel hôpital et quel n° de chambre :

Date de sortie prévue :

.....

.....

Le patient et/ou l'entourage est-il au courant du passage du RESOPAL : \*      Oui      Non

Commentaires