



---

## **FICHE DE SIGNALEMENT**

---

### **INFORMATIONS DEMANDEUR**

Structure :	Fonction :
Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :

### **INFORMATIONS PATIENT**

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Adresse :
Sexe :	Code Postal :
Date de Naissance :	Ville :

### **MEDICAL**

Pathologie(s) somatique(s) :
------------------------------

Pathologie(s) psychiatrique(s) :
----------------------------------

Traitements en cours :

Grossesse : OUI / NON

Addictions : OUI / NON

Déficit Moteur : OUI / NON

Déficit Sensoriel : OUI / NON

Déficit Cognitif : OUI / NON

Autre :

Besoins médicaux (observance, coordination des soins ...) :

## **SOCIAL**

Pièce d'identité / Titre de séjour :

Date de validité :

Couverture sociale :

Protection juridique :

Nature des ressources :

Montant des ressources :

Entourage :

Autres intervenants :

Besoins administratifs et sociaux :

Informations complémentaires :