**Fiche d’orientation sur le centre**

Date de l’indication : ……..…………………………… Téléphone : …………………………….

Médecin prescripteur : ………………………………. IDE Référents / IDE Libéraux

Etablissement : ………………………………………….. ………………………………………………..

Service : …………………………………………………….. ………………………………………………..

Mail :…………………………………………………………………………………………… Médecin Généraliste Traitant :

 ……………………………………………………………..

Etiquette :

**PERSONNE**

Nom : ………………………….................. Prénom : ………………………………….

Domiciliation habituelle : ………………………………………………………………………….….

……………………………………………………………………………………………………………………..

Civilité : Mr  Mme  Date de naissance : ……………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………. …………….

Mail : ……………………………………………………………………………………..............................

Situation actuelle :  Hospitalisé(e)  A domicile  En famille  Autre : ……………… …………………………….

**PRISE EN CHARGE MEDICALE**

Date d’apparition des troubles : ………………………… Personne de confiance désignée :

Date de début de la prise en charge dans le service : ……………………...... ………………………………………………….

S’il y a lieu, date de la dernière hospitalisation : …………………......... ………………………………………………….

Diagnostic posé : ……………………………………………….

Patient informé de son diagnostic : ❒ oui ❒ non

**Traitement actuel : Merci de nous joindre l’ordonnance**

Existe-t-il une mesure de soin sous contrainte :  oui  non

Une évaluation cognitive a-t-elle été réalisée :  oui\*  non si oui date : …………………………

D’autres bilans ont-ils été pratiqués :  oui\*  non

\* Merci de transmettre les comptes rendus

Existe-t-il d’autres partenaires ? (Sociaux, Médico-Sociaux, Sanitaires, mesure de protection ?  : Si oui lesquels ?.................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OBJECTIFS / ELEMENTS IMPORTANTS**

Attentes exprimées par la personne (si elle le souhaite, possibilité de remplir la fiche de demande d’accompagnement) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Attentes de l’équipe de soin à l’origine de l’orientation :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Evènements récents ou à venir importants à prendre en compte :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………