

Fiche de candidature SAMSAH

Merci de bien vouloir remplir cette fiche et de la renvoyer :

- soit par courrier à 71Bis rue Louis Soulié – 42000 SAINT ETIENNE
- soit par mail à saga-cite@asso-rf.fr

Date :

Numéro de notification MDPH :

ETAT CIVIL / SITUATION SOCIALE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) ou en concubinage Veuf(ve)

Divorcé(e) ou séparé(e) depuis le

Nombre d'enfants : Nombre d'enfants à charge :

Agés des enfants :

Situation professionnelle :

Exercez-vous une activité professionnelle : Oui Non

Si oui, laquelle :

ORIENTATION

Personne à l'origine de la demande (mandataire judiciaire, psychiatre, médecin traitant, famille, vous-même) :

Coordonnées de cette personne, si différentes des vôtres :

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Motif de la demande :

.....

Autre orientation demandée ou déjà en cours :

LIEU DE VIE

- Maison Relais (Nom).....
- Hospitalisation (précisez le service)
- Logement autonome
- Hébergement d'urgence (Nom)
- Hébergé par un tiers (Nom)
- Sans hébergement
- Autre (précisez)

MESURE DE PROTECTION

- Sans mesure
- Sauvegarde de justice
- Tutelle
- MASP simple (Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé)
- MASP renforcée
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée

Nom de l'organisme mandaté ou famille exerçant la mesure :
 Coordonnées de l'organisme :
 Nom du délégué :
 Téléphone :
 Mail :

PERSONNE DE CONFIANCE

Avez-vous désigné une personne de confiance : Oui Non
 Nom, prénom :
 Adresse :
 Téléphone :
 E-mail :

RESSOURCES

- Sans ressources
- AAH
- Salaire
- Invalidité
- Chômage
- Autres, précisez :

AIDE ET SOUTIEN AU QUOTIDIEN

<u>Aidants principaux</u>		
Famille (précisez) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées	
Entourage autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<u>Intervenants à domicile</u>		
Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Aide-ménagère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<u>Autres</u>		
Assistante sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<u>Occupationnel</u>		
Accueil de Jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
GEM <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Centre social <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SANTE

Médecin traitant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées
Médecin psychiatre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Equipe de soins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Equipe mobile de psychiatrie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Infirmiers libéraux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hôpital de Jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre(s) spécialiste(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

Avez-vous des difficultés dans la vie quotidienne ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Situation actuelle :

Expression des attentes et besoins :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informations complémentaires que vous souhaiteriez nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces à fournir :

- Copie de votre notification MDPH
- Attestation CPAM (sécurité sociale) mentionnant l’organisme de rattachement sécurité sociale et le code gestion.
- Une photo d’identité

Tout dossier incomplet ne pourra être examiné.

<input type="checkbox"/> Je suis la personne concernée, j’ai rempli mon dossier seul <input type="checkbox"/> Je suis la personne concernée, j’ai été aidée pour remplir mon dossier <input type="checkbox"/> J’ai rempli le dossier pour la personne concernée	
DATE ET SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNEE	DATE, NOM ET SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A COMPLETE LE DOSSIER

DOSSIER MEDICAL

(A remettre au médecin psychiatre et à adresser sous pli séparé au Pr PELLET, président de l'association)

Personne à l'initiative de la demande d'orientation vers le SAMSAH SAGA-Cité :

.....

1. Identité de la personne

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe :
Adresse :	
.....	
Téléphone :	

2. Pathologie motivant la demande

Diagnostic précis :

.....
.....

Histoire de la maladie / parcours de soins :

.....
.....
.....

Troubles du comportement :

.....
.....

Retentissements sur la vie sociale et familiale / Nature des liens familiaux :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vie familiale | <input type="checkbox"/> Rupture |
| <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) |

3. Autres pathologies éventuelles (troubles associés)

.....
.....
.....

4. Conduites addictives

La personne est-elle dépendante ?	Fréquence
<input type="checkbox"/> Tabac	
<input type="checkbox"/> Drogues douces	
<input type="checkbox"/> Drogues dures	
<input type="checkbox"/> Alcool	
<input type="checkbox"/> Jeux vidéo	
<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux	
<input type="checkbox"/> Sexe	
<input type="checkbox"/> Jeux d'argent	

5. Traitements et prise en charge thérapeutique

Traitements en cours : (merci de joindre la dernière ordonnance en cours)

-

-

-

-

La personne prend-elle son traitement médical seul ?

- Oui Non

Hospitalisations programmées, séquentielles ? Oui Non

- Si oui, lieu, service :
- Fréquence :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Noms et coordonnées
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Infirmiers libéraux		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		
<input type="checkbox"/> Psychologue		
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		
<input type="checkbox"/> Autre		

Suivis pluridisciplinaires	Modalité de suivi	Noms et coordonnées
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour		
<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)		
<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)		
<input type="checkbox"/> Equipe mobile de psychiatrie		
<input type="checkbox"/> Autres		

6. Remarques ou observations complémentaires si besoin

.....

7. Y-a-t-il des précautions ou préconisations à prendre pour l'intervention à domicile ?

.....

DATE

CACHET

SIGNATURE DU MEDECIN

DOSSIER MEDICAL

(A remettre au médecin généraliste et à adresser sous pli séparé au Pr PELLET, président de l'association)

1. Identité de la personne

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe :
Adresse :	
.....	
Téléphone :	

2. Informations médicales

- Poids : kg Taille : cm
- Groupe Sanguin :
- Tension artérielle moyenne :

- Allergies :
 OUI Si oui, lesquelles ? NON

- Régime alimentaire :
 OUI Si oui, lesquelles ? NON

- Handicap psychique :

- Pathologie(s) associées :
.....
.....
.....

- Prothèse(s) ou autres dispositifs médicaux (broches, implants dentaires, pacemaker, défibrillateur, etc.) ?
.....
.....
.....

Lunettes

- **Vaccinations :**

Vaccins	Dates
DT POLIO	
BCG	
Hépatite	
COVID 19	

- **Antécédents :**

	Nature	Date
Antécédents Médicaux		
Antécédents Chirurgicaux		
Hospitalisations		
Examens Médicaux		

- **Antécédents familiaux :**

.....

- **Traitements :** (Merci de joindre la dernière ordonnance en cours)

Traitement psychique	
Traitement somatique	

3. Y-a-t-il des précautions ou préconisations à prendre pour l'intervention à domicile ?

.....
.....
.....
.....

DATE

CACHET

SIGNATURE DU MEDECIN