



FICHE OUTIL QUALITE
FICHE DE SOLLICITATION
CRT

Mots clés : CRT – Sollicitation – ...

(Réservé à la DAC)

Indexation :

Date de création : Décembre
2024

Date de modification :

Date de la demande : __ / __ / ____

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

☐ Personne elle-même

☐ entourage

☐ professionnel :

Fonction / Lien :

Structure :

Téléphone : Courriel :

CONSENTEMENT

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Consentement ne pouvant être recueilli

La personne concernée accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ?

☐ Oui ☐ Non

PERSONNE CONCERNÉE

Nom:

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Protection juridique :

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

☐ En situation de handicap

☐ Reconnaissance MDPH

Si oui laquelle :

Coordonnées :

SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

☐ Célibataire

☐ Marié

☐ Veuf (ve)

☐ PACS

☐ Autre

☐ Vit seul(e)

☐ Est aidant(e)

☐ Personne à charge

☐ A un animal

Est-elle hospitalisée ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui Lieu et dans quel service :

Date de sortie prévue :

Bénéficie-t-elle de prestations financières ? ☐ AAH ☐ APA ☐ RSA

☐ Autre :

Statut professionnel :

☐ En retraite

☐ En recherche d'activité

☐ En activité

☐ En scolarité

☐ Etudiant



ENTOURAGE

Contact 1 :

Nom :Prénom :

Lien :Coordonnées :

☐ Informé de la demande ☐ Personne à prévenir ☐ Personne de confiance déclarée

☐ Responsable légal

Contact 2 :

Nom :Prénom :

Lien :Coordonnées :

☐ Informé de la demande ☐ Personne à prévenir ☐ Personne de confiance déclarée

☐ Responsable légal

MÉDECIN TRAITANT

Nom :Prénom :

Sans médecin traitant ☐ Motif :

Commune :

Coordonnées :

Informé de la demande : ☐ Oui ☐ Non A donné son accord : ☐ Oui ☐ Non

INTERVENANTS SUR LA SITUATION

(Regroupement de personnes, professionnels et structures, intervenant dans l'accompagnement de la personne dans le domaine sanitaire, médico-administratif, médico-social et social)

Intervenants	Type d'action	Fréquence	Coordonnées



MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|---|---|
| ☐ Accès aux soins | ☐ Accès aux droits |
| ☐ Pathologie lourde / Poly pathologie | ☐ Perte d'autonomie |
| ☐ Douleurs / Altération de l'état général | ☐ Place de l'aidant (épuisement, absence, ...) |
| ☐ Problématique de fin de vie / Soins palliatifs | ☐ Accès aux aides (prestations, etc.) |
| ☐ Souffrance psychologique | ☐ Gestion administrative et financière |
| ☐ Santé mentale | ☐ Protection aux biens et/ou à la personne |
| ☐ Perte de poids | ☐ Logement |
| ☐ Chutes | ☐ Barrière culturelle et/ou linguistique |
| ☐ Santé | ☐ Parcours scolaire et/ou professionnel |
| ☐ Vigilance | ☐ Activités culturelles et de loisirs |
| ☐ Problématiques liées aux médicaments | ☐ Autre : |

ATTENTES

A RENVoyer À

Numéro téléphone = 02 32 14 78 30

Mail = CRT@ch-dieppe.fr

Fax= 02 32 14 76 06

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
A HUE IDEC CRT	C GUEROUT Cadre de santé CRT	V SUBLET Cadre supérieur de pôle de gériatrie