



## EQUIPE FORMULANT LA DEMANDE

NOM DE LA STRUCTURE :

ADRESSE :

VILLE :

NOM DU SERVICE :

TYPE DE SERVICE :  MCO\*  SSR/SMR\*\*

\* Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
\*\* Soins Médicaux et de Réadaptation



Contact  
privilegié

NOM ET PRENOM :

PROFESSION :

E-MAIL :

TELEPHONE :



## PATIENT(E) CONCERNE(E) PAR LA DEMANDE



Identité

M.  Mme

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

PAYS DE NAISSANCE :

VILLE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

Document(s) certifiant l'identité :

- Carte d'identité
- Passeport
- Titre de séjour
- Livret de famille



Représentant légal

NOM ET PRENOM :

E-MAIL :

TELEPHONE :

- Sauvegarde de justice
- Tutelle
- Curatelle
- Demande en cours



Domicile

ADRESSE :

VILLE :

- Logement inadapté
- Hébergé(e) chez un proche
- Sans domicile fixe
- Domiciliation



## PRESENTATION DE LA SITUATION BLOQUEE

DATE DE SORTIE MEDICALE :

Obligatoire

→ Date depuis laquelle le(a) patient(e) est considéré(e) comme médicalement sortant(e) du service.

MOTIF INITIAL D'HOSPITALISATION :

Hospitalisations répétées sur les six derniers mois

RESUME DE LA SITUATION :

→ Merci de joindre les comptes-rendus pertinents (médicaux, paramédicaux, sociaux..). Obligatoire

RESUME DES POINTS BLOQUANTS ET ATTENTES VIS-A-VIS DE LA CARSIC OUEST :



## CONSENTEMENT A L'APPUI CARSIC OUEST

- Le(a) patient(e) (ou son représentant légal) autorise l'intervention de la CARSIC OUEST.
- Le médecin référent (ou médecin traitant) autorise l'intervention de la CARSIC OUEST.
- Les parties prenantes ont pris connaissance de la charte d'engagement de la CARSIC OUEST.
- Le(a) patient(e) n'est pas en capacité de donner son accord et n'a pas de représentant légal.

Fait à , le

Signature demandeur :

Signature médecin référent :

Signature patient(e)/représentant légal :