

**FICHE SANTE / EQUIPE SANTE PRECARITE**

La fiche santé doit être envoyée sous pli confidentiel à l’équipe santé précarité du Centre Hospitalier de Montfavet à l’adresse suivante :

Equipe santé précarité

Centre Hospitalier de Montfavet

Avenue de la pinède CS 20107

84918 AVIGNON Cedex 9

Cette fiche doit être renseignée par le médecin psychiatre référent qui suit la personne concernée.

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE SOIGNANTE SPECIALISEE**  **(Cette partie est réservée et conservée par l’équipe santé précarité)** | |
| **Le Demandeur**  **Nom :**  **Prénom :**  **Date de naissance :**  **Age :** | |
| **HDJ**  Pôle, Nom de la structure, téléphone et adresse ………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  **CATTP**  Pôle, Nom de la structure, téléphone et adresse ……………………………………………………………….  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………….  **CMP**  Pôle, Nom de la structure, téléphone et adresse ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………..  **Suivi spécialisé** (Guillaume Broutet, ANPAA, Cap 14…) : ……………………………………………………………….  …………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………… | **Traitement**  **Autonomie dans la prise du traitement**  Oui  Non    Nom du **Médecin Psychiatre référent** et téléphone………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………  Nom de **l’infirmier référent** et téléphone ………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………  Nom de **l’assistante sociale référente** et téléphone………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………… |

**MOTIVATION DE LA DEMANDE EN LIEN AVEC LE PARCOURS ET L’HISTOIRE DE LA MALADIE DU BENEFICIAIRE**

**(Cette partie est réservée et conservée par l’équipe santé précarité)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ecrit sur l’histoire de la maladie de la personne concernée, son parcours et les essais de mise en logement autonome, sa prise en charge actuelle au niveau des soins (suivi médical psychiatrique, CMP, CATTP, HDJ…), ses besoins en termes d’accompagnement médical, son autonomie.  Bénéfices de l’accès au dispositif Maison Relais Spécialisée pour la personne.  *"J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations que j’ai fournies et j’autorise la transmission des éléments de mon dossier aux organismes sollicités, dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l’informatique et aux libertés."* | |
| **Nom de(ou des) l’instructeur**  **Date d’envoi de la demande et Cachet** | **Reçu par l’équipe santé précarité le : ………………………..**  **AVIS de l’équipe santé précarité :**  **……………………………………………..**  **…………………………………………….**  **…………………………………………….** |