



## EQUIPE MOBILE D'ACCES AUX SOINS

MOSAIC

GCSMS AQUEDUC



# FORMULAIRE D'ADRESSAGE

**Formulaire à remplir et à adresser par e-mail à [equipemosaic@gcsms-aqueduc.fr](mailto:equipemosaic@gcsms-aqueduc.fr)**

La personne concernée par la demande a donné son consentement pour l'adressage et accepte le partage d'informations confidentielles nécessaires au traitement de la demande  Oui  Non

## COORDONNEES DU DEMANDEUR

**Date de la demande :** \_\_\_\_\_

Nom, Prénom	Téléphone
Fonction	Organisme
Adresse	

## INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance, nom marital, prénom

Sexe F  H

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter + N° téléphone \_\_\_\_\_

## EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE AUTOUR DU PATIENT

Médecin traitant

IDEI / SSIAD

Service d'aide à domicile \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ADMISSION

### Critères d'inclusion

La personne concernée :

- est âgé(e) de plus de 18 ans
- est porteuse d'un handicap mental, psychique ou de type neurodéveloppemental (TND) / trouble du spectre autistique (TSA)

- a besoin de soins somatiques
- est en rupture de soins, en attente de placement ou en sortie d'hospitalisation
- réside dans la ville de Marseille ou Pays d'Aubagne



## EQUIPE MOBILE D'ACCÈS AUX SOINS

MOSAÏC

GCSMS AQUEDUC



### Objet de la demande, besoins et attentes

Merci d'indiquer ici la problématique rencontrée de difficultés d'accès aux soins

---

---

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Pathologies principales et signes cliniques, description du handicap

Physique, sensoriel, psychique, cognitif, mental, neurodéveloppemental (TSA?)...

---

---

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

---

---

### Traitements en cours

---

---

#### Communication

- Phrases
- Mots
- Gestes
- Pictogrammes

#### Compréhension

- Comprend les questions
- Comprend les consignes simples
- Ne comprend pas

#### Sphère motrice

- Autonomie dans les actes de la vie quotidienne
- Déplacement autonome
- Activité physique

Oui	Partiel	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Attitude à adopter/ à éviter ? Objet rassurant/ comportement apaisement

---

#### Crainte particulière du milieu médical

Oui  Non

## ENVIRONNEMENT AU DOMICILE

#### Logement Accès, adaptation, sécurité

---

#### Dynamique Familiale Isolement, épaissement de l'aideant?

---

#### Ressources financières

---