



EQUIPE MOBILE D'ACCES AUX SOINS

MOSAïc

GCSMS AQUEDUC



FORMULAIRE D'ADRESSAGE

Formulaire à remplir et à adresser par e-mail à 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

IDEL / 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'ACCES 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 MEDICALES

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"/>

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, épuisement de l'aidant?

Ressources financières