

## FICHE DE LIAISON

Dossier transmis au CRT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Par : Nom, Prénom.....En qualité de :.....

Le cas échéant : Nom du service :

### Identité de la personne :

Mme ☐

Mr ☐

Nom: .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Adresse : .....

Code Postal :            Ville : .....

Etage : .....

Téléphone domicile : .....Port: .....

Adresse mail : .....

Groupe Iso Ressource : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐            non défini ☐

### **Autre(s) personne(s) vivant au foyer**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien : .....

Présence d'un aidant : ☐ Oui            ☐ Non            Coordonnées :

### Tuteur / Référent social

☐ Oui

☐ Non

☐ Tutelle

☐ Curatelle

Organisme : ..... Référent : .....

Adresse : .....

Code Postal : Ville : .....

N° Tél : .....

E-mail : .....



*la Mut'*

### **Personnes à Contacter pour la mise en place du CRT**

Nom: .....  
Prénoms : .....  
Téléphone domicile : .....Port: .....  
Adresse mail : .....

### **Médecin traitant**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
N°Tel : .....  
Adresse mail : .....

### **Commentaires :**

.....  
.....  
.....

### **Intervenants extérieurs**

|                                              |                                                     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infirmières / SSIAD | Nom..... N°:                                        |
| <input type="checkbox"/> SAAD                | Nom ..... N°:                                       |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute :  | Nom ..... N°                                        |
| <input type="checkbox"/> Portage des Repas   | <input type="checkbox"/> OUI    NON    NOM ..... N° |

☐ Autres : .....

### **Orientations vers le CRT pour :**

- Santé au domicile : livraison médicaments, actes d'ergothérapie, psychologue..... ☐
- Assistance à la réalisation de téléconsultations médicales..... ☐
- Education thérapeutiques : à domicile ou hors domicile ..... ☐
- Activités sociales et de loisirs : à domicile ou hors domicile, appels de convivialités ..... ☐
- Adaptation du logement ..... ☐
- Gestion des situations d'urgence : téléassistance, astreinte en 24/7, accueil temporaire ..... ☐
- Autre problématique rencontrée : ..... ☐

### **Toutes informations complémentaires :**

### **Décision de pré-admission**

☐ OUI

☐ NON

Raisons :