**FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN PLACE DE**

**LA COORDINATION DU SUIVI DE SANTE**

*Nous vous remercions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour nous permettre d’étudier votre demande. Nous y répondrons dans les meilleurs délais.*

*Le formulaire, accompagné de tout document pouvant étayer votre demande, et à envoyer :*

* *Pour la région Haut-Léman à* *suividesante@rshl.ch* *(Tél : 021.967.22.84)*

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**COORDONNEES DU DEMANDEUR :**

Nom : Votre nom. Prénom : Votre prénom

Fonction : Votre fonction Institution : Votre institution

Téléphone : Votre n° de téléphone fixe et/ou portable.

Adresse e-mail : Votre e-mail.

**COORDONNEES DU BENEFICIAIRE :**

Nom : Nom du bénéficiaire. Prénom : Prénom du bénéficiaire.

Date de Naissance : Date de naissance du bénéficiaire. [ ]  H [ ]  F

Adresse complète (rue, NPA, ville) : Adresse du bénéficiaire.

Téléphone fixe et/ou portable : N° de téléphone du bénéficiaire.

Adresse e-mail : E-mail du bénéficiaire.

**INFORMATIONS SUR LE BENEFICIAIRE :**

Le bénéficiaire ou son représentant légal est informé de votre demande auprès du DAC :

 [ ]  Oui [ ]  Non

Au moment de l’alerte, le bénéficiaire se trouve :

[ ]  À son domicile [ ]  En cours séjour

[ ]  Est hospitalisé

Précisez le lieu de l’hospitalisation ou du court séjour : Lieu de l’hospitalisation.

Date de sortie prévue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Le bénéficiaire est-il sous curatelle ? [ ]  Oui [ ]  Non

**COORDONNEES DE L’ENTOURAGE FAMILIAL ET PROFESSIONNEL :**

**Proche(s) aidant(s) :**

Nom, prénom : Nom, prénom. Téléphone :N° de téléphone. Lien : Lien avec le bénéficiaire.

Nom, prénom : Nom, prénom. Téléphone :N° de téléphone. Lien : Lien avec le bénéficiaire.

**Médecin traitant :**

Nom, prénom : Nom, prénom du médecin traitant. Téléphone : N° de téléphone du médecin traitant.

**Autres intervenants (CMS, OSAD, médecins spécialistes, curateur, service social…) :**

Nom, prénom, fonction et/ou institution : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : N° de téléphone de l’intervenant.

Nom, prénom, fonction et/ou institution : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : N° de téléphone de l’intervenant.

Nom, prénom, fonction et/ou institution : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : N° de téléphone de l’intervenant.

**VOTRE DEMANDE :**

Pour quelles raisons sollicitez-vous la mise en place de la Coordination du Suivi de Santé ?

[ ]  Divergence d’appréciation de la situation

[ ]  Besoin de coordination de la situation et/ou des professionnels

[ ]  Besoin de soutien des professionnels (épuisement, conseils…)

[ ]  Besoin d’accompagnement du bénéficiaire ou de ses aidants

[ ]  Risque de rupture de parcours lié à la perte d’autonomie

[ ]  Besoin de revoir les aides à domicile (insuffisantes ou inadaptées)

[ ]  Absence ou irrégularité dans le suivi médical

[ ]  Difficultés dans la gestion des symptômes (somatiques et/ou psychiques)

[ ]  Absence ou épuisement du proche aidant

Commentaires et attentes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.