|  |
| --- |
| **Service placeur** (OSAD, médecin, hôpital, autre) : **Date** : 22 février 2016**Professionnel référent** :  |

**Usager / Bénéficiaire**

|  |
| --- |
| Nom : Prénom : [ ]  F [ ]  M Date de naissance : Adresse : Téléphone : Personne de référence / lien : Téléphone : Médecin traitant : Téléphone : Autre médecin : Téléphone :  |

**Hébergement / Orientation**

|  |
| --- |
| [ ]  Long séjour Depuis le : [ ]  Séjour d’observation[ ]  Court séjour urgent dès le : [ ]  Court séjour planifié du au [ ]  Gériatrie [ ]  Psychogériatrie [ ]  Psychiatrie[ ]  Chambre à 1 lit [ ]  Supplément jusqu’à : CHFOuverture pour une chambre à 2 lits en attendant une chambre à lit : [ ]  Oui [ ]  Non |

**Situation socio-administrative**

|  |
| --- |
| [ ]  AVS [ ]  PC [ ]  AI [ ]  API[ ]  Curatelle Type : Choisissez un élément. [ ]  Démarches en cours[ ]  PLAFA [ ]  Démarches en coursAide : [ ]  OSAD/CMS : [ ]  Proches :  [ ]  CAT : [ ]  Autre :  |

**Souhaits de l’usager/entourage et indications complémentaires**

|  |
| --- |
|  |

**Documents de transmission** : [ ]  DMST envoyé [ ]  DMT envoyé