



Demande de prise en charge renforcée CRT Métropole Lyon Ouest (MLO)

Formulaire à destination des PROFESSIONNELS

Le bénéficiaire (ou représentant légal) a été informée par le demandeur du recours au CRT

Oui ☐ Non ☐

Le bénéficiaire a donné son accord pour être contacté par le CRT Oui ☐ Non ☐

LA DEMANDE

DATE : Par Téléphone ☐ Mail ☐ En direct ☐

LE DEMANDEUR

NOM / Prénom

Structure / Lieu d'exercice :

Mail professionnel :

TÉL FIXE TÉL MOBILE

...

LE BENEFICIAIRE

NOM / Prénoms NOM de jeune fille

Date et lieu de naissance

N° de sécurité sociale

TÉL FIXE TÉL MOBILE

Adresse : CP Ville :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

NOM / Prénom LIEN AVEC LA PERSONNE

TÉL FIXE TÉL MOBILE MAIL

GIR du bénéficiaire :

Plan d'aides (APA, CARSAT...) : ☐ OUI ☐ NON Précisez :.....

Demandes en cours :

LES RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN TRAITANT

Pas de médecin traitant ☐

Nom / prénom : TÉL

Le médecin traitant a été informé de cette demande d'appui : OUI ☐ NON ☐

Professionnel	Nom / prénom / Coordonnées	Fréquence / type d'intervention
Infirmier·e à domicile		
SSIAD Service de soin Infirmier à dom.		
SAAD Service d'Aide et d'Accomp. à dom		
Médecin spécialiste		
Pharmacien.ne		
Kinésithérapeute		
Mesure de protection		
Service social		
Autre :		

CONTEXTE DE LA DEMANDE

En quoi les dispositifs actuellement mobilisés ne répondent-ils plus aux besoins ? Quelles sont les difficultés ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisations répétées : OUI ☐ NON ☐

Précisez, récurrences, motifs :

Risque et danger du bénéficiaire au domicile (*Chutes répétées, risque de chute élevé, errance, oublis : gaz, plaques de cuisson, portes ouvertes*) : OUI ☐ NON ☐

Précisez :

Interpellation d'autres professionnels / dispositifs. Précisez :

.....

.....

.....

.....

Problématique de soins (*pathologie, troubles du comportement, troubles psychiques, cognitifs...*) :

.....

.....

.....

Difficultés d'accès aux soins (*refus des aides par la personne concernée, arrêt des professionnels, ...*)

.....

.....

Problématique social et familiale (*absence d'entourage, épuisement ou éloignement des aidants, ...*) :

.....

.....

Difficultés particulières (*administratives, financières, à mobiliser les ressources du territoires, ...*)
Précisez :

.....

.....

.....

.....

Pour solliciter le CRT Métropole Lyon Ouest

Anne SERVAIS (Infirmière coordinatrice)

Céline DESROCHES (Assistante sociale)

04 78 36 05 19

crt@metropolelyonouest.fr

Secteur CRT MLO : Lyon 5ème, Lyon 9ème, St Foy-lès-Lyon, La Mulatière, Oullins, Pierre-Bénite, St Genis Laval, Francheville