

## Evaluation des besoins de la personne à domicile

**Nom :** ..... **Nom de naissance :** .....  
**Prénom :** .....  
**Date de naissance :** **Lieu de naissance :** .....  
**Situation familiale :** .....  
**Adresse :** .....  
 .....  
**Code Postal :** **Ville :** .....  
**Tél. :** .....  
**N° Sécurité Sociale :** **Attestation fournie :**  oui  non  
**La personne bénéficie-t-elle de l'APA :**  oui  non  
**Mesure de protection juridique :**  oui  non  
**Si oui laquelle :** .....

### 2 – Référent (Famille, Voisin)

Nom / Prénom	Lien	Adresse	Tél.

### 3 – Origine & Circonstance de la demande

**Origine :**  Client  Médecin traitant  Famille  Etablissement sanitaire  Service Social  CLIC  Autre : .....  
**Circonstance :**  Sortie d'hôpital  Service : .....  Maintien à domicile  Autre : .....  
**L'entrée en SSIAD est-elle souhaitée par la personne :**  oui  non

### 4 – Autres Intervenants

<b>Médecin Traitant</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Infirmière</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Kinésithérapeute</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Fréquence :</b>	.....		
<b>Pharmacie</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Aide à domicile</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Fréquence :</b>	.....		
<b>Hôpital si hospitalisation</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Assistante sociale</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	
<b>Portage des repas</b>	<b>Nom :</b>	<b>Tél. :</b>	