

**EQUIPE MOBILE PRECARITE  
SANTE**

DEMANDE D'INTERVENTION

V1- 2024/04



Equipe mobile précarité santé des LHSS – CCAS Ville de  
Grenoble 20 rue Kaunas  
38100 Grenoble

L'équipe mobile précarité santé s'adresse à des personnes majeures, quelle que soit la composition du ménage ou la situation administrative, vivant en structure d'hébergement dépourvue de ressource en soins ou en squat conventionné à Grenoble et sur les communes de la première couronne (Echirolles, Eybens, Saint-Martin-d'Hères, Poisat, Gières, La Tronche, Meylan, Saint-Martin-Le-Vinoux, Fontaine, Seyssinet-Pariset, Seyssins).

L'intervention de l'équipe peut concerner :

- un bilan en vue de diagnostic
- un travail de coordination de soins
- la réalisation de soins techniques
- l'éducation thérapeutique
- l'accompagnement paramédical y compris dans le cadre de conduites addictives
- l'ouverture de droit et un accompagnement social en lien avec la problématique santé

La demande sera étudiée en commission. Si elle est acceptée, une première rencontre sera proposée afin de prévoir les modalités d'intervention.

La demande d'intervention se fait par l'intermédiaire de ce formulaire à envoyer à l'adresse [empsante@ccas-grenoble.fr](mailto:empsante@ccas-grenoble.fr)

Toute demande sera étudiée, **même complétée partiellement.**

Un numéro de téléphone doit être à minima renseigné en cas de besoin d'information complémentaire.

L'équipe est joignable par téléphone :

- pour toute question relative à une demande d'intervention
- pour des conseils, un soutien ou une orientation

**04.76.23.28.43**

**A compléter si le formulaire n'est pas rempli avec la personne concernée**

La personne doit être informée de cette demande

Si oui, est-elle en accord ?    OUI    NON

Demande réalisée par :

Nom : .....

Tel / adresse mail :

.....

Service /structure / association :

.....

Date de la demande : .....

**PRESENTATION DE LA PERSONNE** *(si la personne n'est pas d'accord avec cette demande noter juste le prénom)*

Nom .....

Prénom.....

Date de naissance ..... Sexe  F     M

Nationalité .....Langue parlée.....

Adresse du lieu de vie

.....

.....

N° de téléphone de la personne .....

**MOTIVATION DE LA DEMANDE :**

- Sortie d'hospitalisation (*joindre rapport d'hospitalisation*)
- Soins prescrits (*joindre ordonnances et rapport médical*)
- Diagnostic posé .....  
.....  
(*joindre certificat médical le cas échéant*)
- Inquiétude face à l'état de santé visible (*décrire les éléments expliquant l'inquiétude, les constats*)  
.....  
.....  
.....
- Difficulté d'accès aux soins *décrire les difficultés et les raisons*  
.....  
.....  
.....

**Prise en charge médicale et paramédicale actuelle :**

- Médecin traitant
- Soins régulier      Si oui, par qui ?.....
- Suivi par une structure spécialisée (addiction, psy,...) Si oui, par qui ?  
.....
- Autres : .....

**Attentes vis-à-vis de l'équipe mobile :**

- Bilan / Diagnostic
- Réalisation de soins techniques
- Coordination
- Conseil / orientation
- Education thérapeutique
- Réduction des risques

**Professionnel référent de la situation (à contacter pour plus d'informations) :**

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

**LIEU DE VIE :**

<input type="checkbox"/> <b>Hébergement par une structure</b>  Nom de la structure : .....  Type :  <input type="checkbox"/> Hébergement dans le diffus <input type="checkbox"/> Semi-collectif <input type="checkbox"/> Chambre individuelle en collectif <input type="checkbox"/> Chambre partagée (avec personne extérieure au ménage)	<input type="checkbox"/> <b>Autre logement/ Hébergement</b>  Nom le cas échéant : .....  Type :  <input type="checkbox"/> Hébergement chez un tiers <input type="checkbox"/> Chambre dans un lieu d'habitat collectif <input type="checkbox"/> Logement autonome avec mesure d'accompagnement <input type="checkbox"/> Hôtel / résidence hôtelière	<input type="checkbox"/> <b>Sans hébergement (rue, voiture, squat, etc.)</b>  Lieu de vie habituel : ..... ..... .....
Informations complémentaire sur le lieu de vie : .....		
.....		
.....		

**SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE**

<u>Couverture maladie</u>		
<input type="checkbox"/> PUMA	<input type="checkbox"/> Mutuelle	<input type="checkbox"/> ALD
<input type="checkbox"/> AME	<input type="checkbox"/> CSS	<input type="checkbox"/> Couverture étrangère
<input type="checkbox"/> AME hospitalière	<input type="checkbox"/> Sans complémentaire	
<input type="checkbox"/> Sans couverture		
<u>Ressources actuelles</u> .....		
<u>Situation administrative</u>		
<input type="checkbox"/> Situation régulière.....		<input type="checkbox"/> Sans papier
<u>Démarches en cours :</u>	<input type="checkbox"/> Demande d'asile	<input type="checkbox"/> Demande titre de séjour

.....

**ENTOURAGE**

Composition familiale :

.....  
.....

Entourage professionnel :

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

Entourage bénévole :

.....  
.....

Autres informations jugées pertinentes :

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