

**EQUIPE MOBILE PRECARITE
SANTÉ
DEMANDE D'INTERVENTION**

V1- 2022/08



Equipe Mobile Précarité Santé – CCAS Ville de Grenoble
8 Rue Sergent Bobillot
38000 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 ou en rue à Grenoble et sur les communes de la première couronne.

L'intervention de l'équipe peut concerner :

- un bilan en vue de diagnostic
- la réalisation de soins techniques
- de la coordination de soins
- 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

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

06.30.09.93.66

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

NationalitéLangue 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 s'il y a*

Diagnostic posé
.....
(joindre certificat médical s'il y a)

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 actuelle médicale et paramédicale :

/// 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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bilan / Diagnostic | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Réalisation de soins techniques | <input type="checkbox"/> Réduction des risques |
| <input type="checkbox"/> Coordination | |
| <input type="checkbox"/> Conseil / orientation | |

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

.....
.....

LIEU DE VIE :

<input type="checkbox"/> Hébergement par une structure Type d'hébergement : <input type="checkbox"/> Hébergement autonome <input type="checkbox"/> Semi-collectif <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Chambre partagée (avec personne extérieure au ménage)	<input type="checkbox"/> Autre logement/ Hébergement Type: <input type="checkbox"/> Hébergement/logement autonome <input type="checkbox"/> Semi-collectif <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Chambre partagée (avec personne extérieure au ménage) <input type="checkbox"/> Hébergement par un tiers	<input type="checkbox"/> Sans hébergement 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 :

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