

## DEMANDE D'ENTREE EN GESTION DE CAS COMPLEXE

Date : .....

### Le partenaire (demandeur) :

Nom / Prénom :	_____
Fonction :	_____
Organisme :	_____
Adresse :	_____
Téléphone / Mail :	_____ / _____

### Sollicite l'intervention du gestionnaire de cas pour :

Nom / Prénom :	_____
Date et lieu de naissance :	_____
Adresse :	_____
Téléphone / Mail :	_____
Situation :	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple
Entourage familial :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi par :	<input type="checkbox"/> Réseau (Précisez : _____ ) <input type="checkbox"/> Service social (Précisez : _____ )
	<input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> HAD (Précisez : _____ ) <input type="checkbox"/> EMA <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> IDE
	<input type="checkbox"/> Autres (Précisez : _____ )
Bénéficiaire APA :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours
Nom et coordonnées du médecin traitant :	_____
Nom et coordonnées du représentant légal :	_____
Nom et coordonnées de l'aidant principal :	_____



**Précisions concernant les trois critères d'inclusion obligatoires motivant la demande :**

① La personne souffre d'une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives

.....

.....

② La ou les pathologies ont un retentissement sur les actes essentiels de la vie

.....

.....

.....

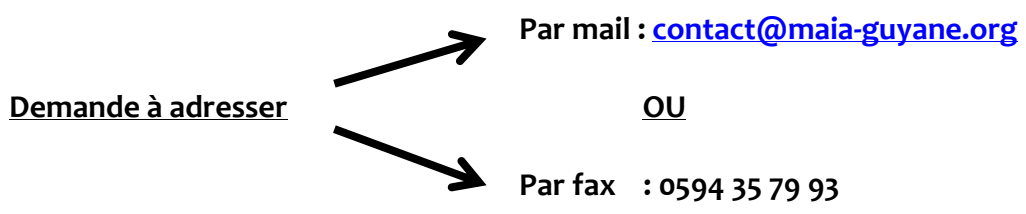
③ Inadaptation persistante de l'aide, professionnelle ou non, aux besoins :

.....

.....

2

La personne a été informée de son orientation vers le gestionnaire de cas :  OUI  NON



**MAIA Guyane**

