

Objectif : apporter une réponse articulée et coordonnée concernant les situations les plus complexes des personnes en précarité.

Critères d'orientation :

- Personne sans abri
- Ayant une problématique de santé aigüe nécessitant une réponse rapide
- Et pour laquelle les dispositifs de droit commun trouvent leurs limites

Fiche à retourner par mail à contact@dac11.fr

La personne est informée que la cellule est mobilisée au vu de sa situation ? Oui Non

Ce signalement concerne une personne qui est en situation de mise en danger immédiate

EN CAS D'URGENCE VITALE, CONTACTEZ LE 15

PRESCRIPTEUR

NOM/Prénom : _____ Structure : _____
Coordonnées (tél, mail) : _____

IDENTITÉ de la personne concernée

NOM complet : _____ Date de naissance : _____
Prénom : _____ Français, ressortissant UE ou Autre (à spécifier) : _____
Tél/mail : _____
Situation hébergement/logement : _____
Ou lieu de vie ou de rencontre (ADJ, Squat, etc.) _____
Ressources : RSA ARE/ASS AAH Revenu salarié Autres Montant : _____
Langue parlée : _____

Facteurs ou motifs concernant les mises en danger :

Éléments de la situation sociale ayant entraîné le signalement :

Partenaires sociaux déjà engagés autour de la situation :

Éléments de la situation médicale ayant entraîné le signalement :

Partenaires médicaux déjà engagés autour de la situation :

La personne est-elle potentiellement en situation d'handicap ou de vulnérabilité : Oui Non

La personne est-elle potentiellement victime de violence intra-familiale : Oui Non

ÉVALUATION GLOBALE

Informations complémentaires

Celles-ci permettent d'étudier au mieux la situation de la personne.

La fiche de signalement peut être envoyée même en absence de renseignement de cette partie.

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° pièce d'identité (CNI, Passeport)

N° Titre de séjour

Le titre est-il en cours de validité ou de renouvellement (détenteur d'un récépissé) : Oui Non

Mesure de protection Oui Non

Identité du mandataire :

Domiciliation Oui Non

Si oui, merci de précisez

Couverture santé Base PUMA CSS AME

Ces droits sont-ils en cours Oui Non

N° sécurité sociale

ALD : Oui Non

Y-a-t-il un suivi en place ? Oui Non

Si non, un suivi antérieur est-il connu :

Nom du professionnel de santé :

La personne a-t-elle un médecin traitant : Oui Non

Nom du médecin traitant :

Problème de santé : Oui Non

Lesquelles :

Besoins de soins réguliers : Oui Non

Comportement addictif : Oui Non

Y-a-t-il un suivi en place ? Oui Non