

## Plateforme Territoriale d'Appui (P.T.A)

### Fiche de déclenchement

<b>Nom du demandeur :</b>	<b>Appel réceptionné par :</b>
Médecin traitant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non préciser : .....	<b>Date :</b>

<b>Patient</b>
Homme : <input type="checkbox"/> Femme : <input type="checkbox"/> Enfant : <input type="checkbox"/>
NOM – Prénom : .....
Date de naissance : .....    Tél: .....
.....
Personne référente : (Nom, Prénom, Lien, Tél) ..... .....

Votre demande d'assistance à l'organisation des parcours de santé : interventions à domicile, mobilisation des acteurs, suivi des interventions	
<input type="checkbox"/> Aides pour la vie quotidienne (aide-ménagère, aides aux courses ...)  <input type="checkbox"/> Déplacement et sécurité (télésurveillance, repas ...)  <input type="checkbox"/> Aides techniques (barre d'appui, tabouret de douche ...)  <input type="checkbox"/> Matériel médical (aides à la marche, lit médicalisé ...)  <input type="checkbox"/> Gestion des sorties d'hospitalisation  <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique du Patient  <input type="checkbox"/> Autres :	<p><b>Votre confirmation</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p><b>Signature du médecin :</b></p>  <p><b>Signature du patient ou de la personne référente :</b></p>