Fiche de liaison

"Accompagnement social des sorties d'hospitalisation"

L'Assurance Maladie
Service Social
Pays de la Loire

À compléter par le patient

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CPAM de : _____

Salarié(e) ☐ Retraité(e) ☐

Autre : _____

Situation familiale : _____

Nom et téléphone éventuels d'un proche à contacter :

_____

☐ Je souhaite bénéficier d'un conseil, et le cas échéant d'un accompagnement, à ma sortie d'établissement

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Conformément à la Loi N° 2004-801 du 6-8-2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification auprès de notre établissement. Si vous ne souhaitez pas que les données vous concernant soient transmises à nos partenaires, cochez cette case ☐

R 427 F - 665 SSR - 09/2011

À compléter par l'établissement

Besoins repérés :

☐ Difficultés liées au retour à domicile
☐ Accès aux soins
(CMU-C, Absence complémentaire santé,...)
☐ Difficultés liées à l'emploi *(retour, adaptation, orientation)*

Fragilité liée à une ou des déficiences :

physiques ☐ *motrices* ☐
sensorielles ☐ *d'orientation* ☐

Vit seul(e) sans aide régulière de la famille ou de l'entourage ☐

Commentaires _____

_____

_____

Démarches en cours

Pour les non retraités **:**

Démarches en cours : _____

_____

Pour les retraités **:**

PAP ARDH transmis à l'ASR Carsat oui ☐ non ☐

_____

_____

Date prévue de sortie |_|_|_|_|_|_|

Nom : _____ Tél |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Service social de l'établissement
☐ Cadre de santé de l'établissement
☐ Autre personnel habilité

Date |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature

Cachet de l'établissement

Réponse du Service social Carsat

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ contact téléphonique effectué le |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ ou visite à domicile effectuée le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Coordonnée de l'assistant(e) de service social :

Nom : _____ Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet du service