

Formulaire de demande d'intervention

l'ESSIP 66 intervient auprès de personnes en situation de grande précarité. Nous dispensons des soins infirmiers sur prescription médicale, peu importe le lieu de vie (hébergements d'urgence, squats, bidonvilles...).

Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 9h à 17h.
Nos équipes soignantes interviennent du lundi au vendredi, de 8h à 20h. Nous sommes fermés les week-ends et jours fériés.

L'intervention de l'équipe peut concerner :

- La réalisation de soins techniques
- La délivrance de traitement
- L'éducation à la santé
- L'accompagnement paramédical y compris dans le cadre de conduites addictives

La demande d'intervention se fait par l'intermédiaire de ce formulaire à envoyer à l'adresse :

ide.essip66@groupe-sos.org

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 :

Chef de service : 06 77 76 04 81

Equipe soignante : 07 89 21 73 03 – 06 72 03 21 11

DATE DE LA DEMANDE :

Demande réalisée par :

Nom :

Tel / adresse mail :

Service / structure / association :

.....

.....

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

Nationalité

Langue parlée.... ..

N° de téléphone de la personne

Adresse du lieu de vie ou du lieu de rencontre

.....

.....

.....

Précisions utiles

.....

.....

.....

OBJET DE LA DEMANDE :

La demande fait suite à :

Consultation :

.....

Sortie d'hospitalisation (*joindre rapport d'hospitalisation*) :

.....

Diagnostic posé (*le cas échéant, joindre le certificat médical*)

.....

Soins prescrits (*joindre ordonnances et rapport médical*) :

.....

Délivrance de traitement

Soins d'hygiène

Réalisation de soins techniques

Réduction des risques

Prise en charge médicale et paramédicale actuelle :

Médecin traitant

Soins réguliers Si oui, par qui ?.....

Suivi par une structure spécialisée (addiction, psy,...) Si oui, par qui ?

.....

Autres :

.....

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

.....

.....

.....

.....

LIEU DE VIE :

<input type="checkbox"/> Hébergement par une structure Nom de la structure :	<input type="checkbox"/> Autre logement/ Hébergement Nom le cas échéant :	<input type="checkbox"/> Sans hébergement (rue, voiture, squat, etc.) Lieu de vie habituel :
Informations complémentaires sur le lieu de vie :		

SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

<u>Couverture maladie</u>		
<input type="checkbox"/> PUMA (ex CMU-C)	<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