

Fiche demande à destination des professionnels

Date de la demande :

ACCORD DE LA PERSONNE CONCERNEE

Avant d'intervenir sur une situation individuelle et de recueillir des informations sur celle-ci, nous devons recueillir le consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal (cf document en annexe).

Avez-vous reçu cet accord ? Oui Non

Si vous n'avez pas le consentement, veuillez remplir cette fiche en anonymisant les informations de la personne concernée.

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Profession exercée :

Structure de rattachement / libéral :

Vos coordonnées :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email :

Comment avez-vous connu l'ERHR ?

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE CONCERNEE

Informations administratives

[uniquement si consentement de la personne] **Nom :**

[uniquement si consentement de la personne] **Prénom :**

[uniquement si consentement de la personne] **Date de naissance :**

Sexe :

Age :

Mode de vie :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> En famille |
| <input type="checkbox"/> Avec ses parents | <input type="checkbox"/> Co-location |
| <input type="checkbox"/> En établissement spécialisé | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> En couple | |

Lieu de vie principal :

- Domicile (famille, personne en situation de HR)
- ESMS avec hébergement
- Etablissement sanitaire
- Etablissement social avec hébergement
- Autre :

[uniquement si consentement de la personne]

Adresse :

Situation familiale :

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Vie maritale |
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Séparé |
| <input type="checkbox"/> Pacsé | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Veuf |

**Qui est présent dans l'entourage proche de la personne ?
(conjoint, parent, enfant, frère ou soeur, voisin,...)**

Mesure de protection : Oui :

Non

Facteurs personnels

Maladie(s) / syndrome(s) diagnostiqué(s): Oui Non

Si oui, préciser :

Type de handicaps rares :

- Déficience auditive grave et Déficience visuelle grave
- Déficience visuelle et autres déficiences
- Déficience auditive et autres déficiences
- Dysphasie grave
- Autres déficiences graves et affections chroniques
 - Epilepsie sévère
 - Affection mitochondriale
 - Affection du métabolisme
 - Affection évolutive du système nerveux
 - Autre :
- Hors handicaps rares :
- Polyhandicap

Moyen(s) de communication
utilisé(s) par la personne :

Notifications MDPH / MDA en cours :

- AEEH ESMS notifié. Préciser de quel type (IME, EAM, EANM,...) ?
- AAH
- PCH
- Autre :

Situation actuelle :

- Accueil petite enfance
- Scolarisé
- Formation
- En situation d'emploi
- Inactif
 - Sans solution d'accueil
- Autre :

Préciser les accompagnements actuels dont bénéficie la personne (dont les suivis médicaux) :

NATURE DE LA DEMANDE

Détailler ce qui fait problème pour vous :

Préciser votre demande vis-à-vis de l'ERHR AuRA :

Préciser les éventuelles démarches déjà engagées :

Quelles sont les attentes de la personne que vous accompagnez ?

Autres informations que vous souhaiteriez transmettre :

Pour information, l'ERHR AuRA confirmera la réception de votre demande. Elle sera traitée en réunion d'équipe dans un délai de 15 jours pour déterminer si la situation présentée relève de nos missions. Un coordinateur de parcours reviendra vers vous dans les meilleurs délais.