

# FICHE PREALABLE A UNE DEMANDE D'INCLUSION EN RESEAU

Merci de faxer cette demande recto/verso au Réseau 9 Nord qui vous contactera

Contact tél.	Contact fax
01 71 90 50 50	01 40 86 75 79

contact@reseau92nord.org

Date de la demande : ..... Demandeur : .....  
 Coordonnées : .....

## LE PATIENT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
 .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Courriel : .....

Date de naissance/âge : ..... Couverture sociale :  OUI  NON

Sexe :  Femme  Homme Conditions de vie :  Seul(e)  Entouré(e)

**PATHOLOGIE PRINCIPALE :** .....  
 .....  
 .....

**Merci de joindre un Compte-Rendu complet**

**Le patient a reçu une INFORMATION concernant le Réseau 92 Nord :**  OUI  NON

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE de coordination à préciser SVP :** .....

Principaux symptômes : .....  
 .....

Symptômes difficiles à contrôler : .....  
 .....

Soins de support sollicité(s):

- Soutien social  Soutien psychologique  Soutien des professionnels  
 Difficultés d'accès aux soins  Soutien des aidants naturels  Autres : .....

## PERSONNE DE L'ENTOURAGE ou PERSONNE RESSOURCE (famille, ami, voisin,...)

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....  
 .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Courriel : .....

# FICHE PREALABLE A UNE DEMANDE D'INCLUSION EN RESEAU

Merci de faxer cette demande recto/verso au Réseau 9 Nord qui vous contactera

Contact tél.	Contact fax
01 71 90 50 50	01 40 86 75 79

contact@reseau92nord.org

## LE MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Fax : ..... Secrétariat : .....  
 Courriel : .....

LE MEDECIN TRAITANT EST INFORME DE LA DEMANDE D'INCLUSION :  OUI  NON

## LE MEDECIN HOSPITALIER

NOM : ..... Prénom : .....  
 Etablissement : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Fax : ..... Secrétariat : .....  
 Courriel : .....

## AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS à préciser SVP :

IDE libéral(e)     HAD     SSIAD     Aide à domicile  
 EMSP     CLIC     EDAS     CMP     Gestion de cas  
 CCAS     CMS     Tuteur : .....  
 Autres : .....

## CONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC / PRONOSTIC

.....  
 Directives anticipées  OUI  NON  
 .....  
 Autres informations, si besoin : .....  
 .....  
 .....