**Fiche de saisine**

Document à envoyer au coordonnateur MDPH ou au cadre de santé EMSA

*Sandra GUERIN Charlène ANDRINO*

*Cadre de santé EMSA Chargée RAPT - MDPH*

*03.26.47.64.86 03.26.26.95.19*

***cadredesante@associationlamitie.fr*** andrinoc@mdph51.fr

|  |
| --- |
| **Partie à remplir par l’ESMS** |
| Coordonnées de la structure d’accompagnement/d’hébergement :Type de structure : Foyer de vie FAM ESAT Autre : …………… |
| Date d’envoi de la saisine : | Nom de la personne à contacter : |
| **Bénéficiaire concerné :** |
| Nom, prénom : | Date de naissance : |
| Mesure de protection : oui [ ]  non[ ] Nature :  | Coordonnées du responsable légal (nom, adresse, téléphone) : |
| Attestation CPAM (à transmettre) oui [ ]  non[ ]  |  |
| Description de la situation (maximum 1 page) :*Présentation succincte du bénéficiaire, le type et la nature des troubles du comportement (durée, fréquence, intensité), le retentissement des troubles sur la personne et sur le groupe***Attentes de l’équipe vis-à-vis de l’intervention de l’EMSA** :  |
| **Le demandeur atteste avoir recueilli le consentement éclairé de la personne et/ou de son représentant légal (mineur ou sous tutelle) pour : l’intervention de l’EMSA, le partage et le recueil des informations nécessaires à l’évaluation et au suivi de la situation, ainsi qu’à l’accès au DMP.**Date : …………………………………. A : ……………………………………….Nom du professionnel renseignant la fiche : ………………………………….Signature :  |

|  |
| --- |
| **Partie renseignée par le Coordonnateur** [ ]  **le cadre de santé** [ ]  |
| Date de réception de la fiche :Observations et commentaires : |
| Procédure RAPT en cours : oui [ ]  non[ ]  |
| Risque de rupture d’accompagnement : **Faible** **Moyen** **Fort**  |
| Date d’instruction de la saisine : | Nom du coordonnateur : |

|  |
| --- |
| **Préconisation du coordonnateur** |
| [ ]  Passage en commission d’orientation[ ]  EMSA[ ]  MAT[ ]  MASTA[ ]  Lit d’accueil d’urgence[ ]  Autre :  |
| Date de transmission : |