

## FICHE D'ORIENTATION CRT

Date de la demande : .....

NOMBRE DE CHUTES DANS L'ANNEE : .....

### Bénéficiaire

M  Mme **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance**.....

**Prénom** : ..... **Né(e)le** : ..... / ..... / ..... **Age** : .....

**Commune** : .....

**Coordonnées de la personne à contacter** :

.....  
.....

**Consignes particulières pour la prise de contact** (ex : personne malentendante, horaires d'appel ou de visite spécifiques) : .....

**GIR si connu** : .....

### Coordonnées du rédacteur de la fiche

Médecin  Aidant  Bénéficiaire lui-même ou  Professionnel :  Libéral  Structure

Nom Prénom : .....

Fonction : ..... Structure : .....

Service/unité : .....

Téléphone(s) : ..... Mail(s) : .....

**Dossier Via Trajectoire renseigné**  Oui  Non **Si oui, n° dossier** .....

### Information dispositif CRT

Le/La bénéficiaire donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?

Oui  Non

Le représentant légal et/ou aidant donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?

Oui  Non

### CONTACT

Céline VERGNE, infirmière coordinatrice de parcours : 04.71.78.48.03

Caroline BARBAT, cadre de santé : 04.71.78.48.60

Mail : [crt@ch-condat.fr](mailto:crt@ch-condat.fr) (ou messagerie sécurisée : [crt.hautcantal@hl-condat.aura.mssante.fr](mailto:crt.hautcantal@hl-condat.aura.mssante.fr))

Web : <https://www.ch-condat.fr/service/crt-haut-cantal-centre-de-ressources-territorial/>

