

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 (ou messagerie sécurisée : crt.hautcantal@hl-condat.aura.mssante.fr)

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

