|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cellule intercommunale des cas complexes adultes (CICCA)****Fiche de saisine** |

**Cadre réservé à la coordinatrice du CLSM**

Date de la demande :

N° d’enregistrement :

MODALITÉS DE SAISINE

La fiche de saisine est à renvoyer à l’adresse suivante : cicca@le-gresivaudan.fr

1. IDENTITÉ DU SIGNALANT

NOM, Prénom : …

Structure, service : …

Fonction : …

Mail : …

Téléphone : …

1. IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Genre : [ ]  Femme [ ]  Homme

Situation familiale : …

Date de naissance : ../../….

Commune de résidence : …

1. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Mesure de protection juridique : [ ]  Non [ ]  Oui Si oui, laquelle ? …

Environnement familial, amical et social de la personne : …

Type d’habitation, conditions de vie : …

Antécédents médicaux et sociaux : …

Cette personne a un médecin traitant : [ ]  Non [ ]  Oui Si oui, merci de préciser son nom et ses coordonnées : …

Actions déjà mises en place : …

Freins constatés : …

Autres informations que vous considérez importantes : …

1. ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE IDENTIFIÉS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STRUCTURE/FONCTION | NOM/PRÉNOM | TÉLÉHONE | MAIL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE POUVANT INTERVENIR (À CONTACTER)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STRUCTURE/FONCTION | NOM/PRÉNOM | TÉLÉHONE | MAIL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. INFORMATIONS

Le signalant s‘engage à :

* Participer à la cellule au cours de laquelle sera traitée la situation ;
* Informer la personne que sa situation sera évoquée en CICCA.

La personne a été informée que sa situation sera évoquée dans la CICCA du CLSM :

[ ]  Oui [ ]  Non