|  |
| --- |
| **Service placeur** (OSAD, médecin, hôpital, autre) :  **Date** : 22 février 2016  **Professionnel référent** : |

**Usager / Bénéficiaire**

|  |
| --- |
| Nom : Prénom :  F  M  Date de naissance :  Adresse :  Téléphone :  Personne de référence / lien :  Téléphone :  Médecin traitant :  Téléphone :  Autre médecin :  Téléphone : |

**Hébergement / Orientation**

|  |
| --- |
| Long séjour Depuis le :  Séjour d’observation  Court séjour urgent dès le :  Court séjour planifié du au  Gériatrie  Psychogériatrie  Psychiatrie  Chambre à 1 lit  Supplément jusqu’à : CHF  Ouverture pour une chambre à 2 lits en attendant une chambre à lit :  Oui  Non |

**Situation socio-administrative**

|  |
| --- |
| AVS  PC  AI  API  Curatelle Type : Choisissez un élément.  Démarches en cours  PLAFA  Démarches en cours  Aide :  OSAD/CMS :  Proches :  CAT :  Autre : |

**Souhaits de l’usager/entourage et indications complémentaires**

|  |
| --- |
|  |

**Documents de transmission** :  DMST envoyé  DMT envoyé