



Demande d'Accompagnement

EPSM Caen

15 ter rue St Ouen - 14053 Caen Cedex 4

02 31 30 80 04

ariane@epsm-caen.fr

La demande pourra être réorientée en fonction des besoins exprimés ou de l'adresse de votre lieu de vie.

1/ Qui êtes vous ?

NOM :

Pronom :

Prénom :

Prénom usuel :

Adresse du lieu de vie :

CP et Ville :

Téléphone :

mail :

Date de Naissance :

n° de sécurité sociale :

2/ Quels sont vos accompagnements, quel est votre réseau ?

Médecin généraliste :

Psychiatre :

Etes-vous suivi en CMP, si oui lequel ? :

Autres services d'accompagnements (service social, SAVS, libéral...) :

Comment avez-vous connu le service Ariane ?

Etes-vous adressé-e par quelqu'un ? ☐ oui ☐ non

Si oui qui ? ☐ vous-même ☐ libéral ☐ suivi EPSM

☐ autre : _____

Avez-vous une personne de confiance ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous une personne à prévenir ? ☐ oui ☐ non

La personne de confiance est la représentante consultative par rapport à vos choix. Elle exprime votre volonté et peut recevoir les informations vous concernant. La personne à prévenir est celle qui sera contactée par l'équipe de soins en cas de dégradation de votre état de santé.

3/ Quel est votre parcours ?

Quels sont les éléments de votre parcours, qu'il vous semble important de nous transmettre ?

- parcours de vie (scolarité, logement, histoire familiale...)

- parcours de soins (suivi, diagnostic, évaluations / examens réalisés...)

4/ Quels sont vos projets, vos besoins vis à vis du service Ariane ?

Quels sont vos projets, vos besoins ? Qu'est ce qui motive votre demande ?

Quelles sont vos difficultés pour réaliser vos projets ?

N'hésitez pas à joindre tout document que vous jugerez utile.

Réservé à Ariane, suivi de la demande

Transmission du document :

mail, courrier ou dépôt sur le service Ariane