

FICHE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT
Médiateur santé - TERRITOIRE DE LA TARENTOISE

Le médiateur santé intervient auprès des publics isolés et en situation de précarité pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il favorise le recours aux droits communs de santé, à la prévention et aux soins.

Date : _____

PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Nom : _____

OU TAMPON DU PROFESSIONNEL :

Prénom : _____

Profession : _____

Structure : _____

Ville : _____

Tél : _____

Email : _____



IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Sexe : H F

Date de naissance : _____

Tél. : _____

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

Nous sollicitons un accompagnement vers :

les droits communs de santé

Informer sur les droits dans le domaine de la santé (carte vitale, CMU Complémentaire, mutuelle, Affection de Longue Durée...), aider à concrétiser les démarches administratives

les soins

Rupture ou absence de parcours de soins (plus de médecin traitant, rendez-vous manqué(s), mal-observance médicamenteuse,...) ; cerner les difficultés rencontrées (craintes, transport, etc.) ; mettre en lien avec les personnes et structures ressources susceptibles de répondre aux besoins ; accompagner physiquement si nécessaire

des actions d'information, de prévention et de sensibilisation

Actions individuelles et/ou collectives

PRECISEZ VOTRE BESOIN - **Personne accompagnée**


PRECISEZ VOTRE BESOIN - **Professionnel**

INTERVENANTS CONNUS

- Médecin Traitant : _____
- Médecin(s) Spécialiste(s) : _____
- _____
- Soins infirmiers : _____
- Service Social : _____
- Service d'aide à domicile : _____
- Autre(s) : _____

Contact : Florence BERNARD - Médiatrice Santé en Tarentaise

Maison de Réseaux de Santé de Savoie, 94 Bis Rue de la Revériaz 73000 CHAMBERY

 04 79 62 29 69

 info@mrss.fr

.....

Le Médiateur Santé peut être amené à partager des informations utiles et pertinentes vous concernant avec les différents professionnels qui participent à votre parcours de santé. Cette rubrique, permet de recueillir votre consentement à ce partage d'informations.

CONSENTEMENT

Je soussigné(e), _____, reconnais avoir été informé(e) du partage d'informations entre la Maison des Réseaux de Santé de Savoie et les professionnels.

- J'accepte le partage des informations me concernant.
- Je refuse le partage des informations me concernant.

Date et signature : _____