

Centre Hospitalier de Bernay  
Mission Appui P.A.S.S.  
☎ : 06 16 82 61 05 ou 02.77.05.60.68  
missionappuiass@ch-bernay.fr

## FICHE DE LIAISON PARTENAIRES Mission appui P.A.S.S.

Partenaire Orienteur : ..... Nom du professionnel : ..... Fonction : .....  
Prise de contact le : .../.../... Tél. : ..... @ : .....

### PRISE DE RENDEZ-VOUS DE LA PERSONNE A ACCOMPAGNER

Date de prise de contact : .../.../... Date du rdv prévu: .../.../... Lieu du rdv : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : .....  
Age : ..... ans Date de naissance : .../.../... Enfant(s) à charge OUI  NON   
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....  
Mail : .....  
Demande de suivi : médical  social

### MOTIF DE L'ORIENTATION

Problématique semblant justifier une prise en charge :

Absence de ressources  Minima sociaux  Absence de droits CPAM/mutuelle   
Isolement social  Seul(e) au domicile  Besoin aide à domicile   
Sans abri  Logement insalubre  Logement inadapté   
Difficultés liées à la langue  Difficulté de mobilité   
Troubles cognitifs et/ou du comportement  Autre  .....  
Problématique connue ou abordée avec la personne ? : OUI  NON

### SUIVI DE LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT (A REMPLIR PAR LA MISSION D'APPUI P.A.S.S.)

Venu(e) au rdv OUI  NON

Commentaire : .....  
.....  
.....  
.....

Démarrage de l'accompagnement : OUI  NON  si non, motif : .....