

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :  
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL POUR PROBLEMATIQUE D'ACCÈS À L'ALIMENTATION

|                                                                 |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patient</b><br>Nom :<br>Prénom :<br>Date de Naissance/ âge : | <b>MÉDECIN</b><br>Nom/prénom :<br>Spécialité :<br>Structure :<br>Adresse d'exercice :<br>Code postal :<br>Tel :<br>Mail : |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Coordonnées du service social de proximité

Merci de renseigner la fiche de liaison sociale à l'issue des séances (à adresser au prescripteur par mail si possible)

Signature et cachet du médecin

⑥ FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE :  
ORDONNANCES, AIDE A L'ORIENTATION

**FICHE DE LIAISON SOCIALE**

A renseigner par l'assistant(e) social(e)/service social à destination du patient, son entourage et ses soignants

|                                                                 |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patient</b><br>Nom :<br>Prénom :<br>Date de Naissance/ âge : | <b>Service social/Assistant(e) social(e):</b><br>Nom/prénom :<br>Adresse :<br>Tel :<br>Mail : |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Date</b>                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Synthèse sociale, principales difficultés rencontrées</b>                                                                                                                                         |  |
| <b>Actions/suivi mis en place</b><br><br><b>Dossier à remplir par médecin traitant (demande APA par ex) ?</b>                                                                                        |  |
| <b>Points d'alertes :</b><br><b>Nécessité avis psychologue ?</b><br><br><b>Nécessité avis médecin (fatigue, essoufflement, amaigrissement, difficultés à avaler, nécessité de soins dentaires ?)</b> |  |
| <b>Remarques patients/entourage</b>                                                                                                                                                                  |  |

