

# CELLULE INTERCOMMUNALE DE CAS COMPLEXES ADULTE en Santé Mentale (CICCA-SM APS) 18-65 ans

Pôle Services à la Population

Fiche à transmettre à Mme BERGAMASCHI, Coordinatrice CICCA APS : .....@CC-aps.fr / tél : 03 84 52 66 50

**1. DATE DE LA DEMANDE :**

**2. DEMANDEUR :**

**Nom :**

**Prénom :**

Fonction :

Structure :

Mail :

Tél :

**3. INFORMATION/ACCORD DE LA PERSONNE – ANONYMAT :**

La personne a été informée (et a compris l'information) de la saisine de la cellule :

NON (*Anonymat –Passez au 4*)

OUI, elle donne son accord

Nom, Prénom, Adresse :

OUI MAIS elle souhaite rester anonyme (*Anonymat -passez au 4*)

**4. IDENTIFICATION DE LA SITUATION :**

Initiales :

Date de naissance :

Sexe :

Situation familiale :  Célibataire  En couple  Divorcé.e  Veuf(ve)  Monoparentale

**5. SITUATION DE LA PERSONNE :**

Quel est l'environnement familial et social de la personne ?

Est-elle sous mesure de protection ?  Oui  Non

La demande de protection est-elle en cours ?  Oui  Non

En cas de mesures de protection, la personne est-elle accompagnée  Oui  Non

La personne est-elle accompagnée par un des membres de la Cellule Intercommunale de cas Complexes Adultes

Si oui : quel membre.....

A-t-elle des antécédents médicaux ?  Oui  Non ou sociaux ?  Oui  Non

Si oui, qui assure sa prise en charge médicale ? (médecin traitant, suivi psychologique ou psychiatrique....)



# CELLULE INTERCOMMUNALE DE CAS COMPLEXES ADULTE en Santé Mentale (CICCA-SM APS) 18-65 ans

Pôle Services à la Population

Fiche à transmettre à Mme BERGAMASCHI, Coordinatrice CICCA APS : .....@CC-aps.fr / tél : 03 84 52 66 50

Si oui, qui assure sa prise en charge sociale ?.....

La personne a-t-elle des ressources ?  Oui  Non

Préciser la nature de ces ressources :.....

La personne est-elle en emploi  Oui  Non

Dans quel type d'habitation vit-elle ? CHRS, logement social, parc privé, propriétaire...)

## 6. MOTIF DE SAISINE :

**Problématique(s) :**

.....

**Actions déjà mises en place, partenaires sollicités, freins ou difficultés rencontrés :**

.....

**Attentes vis-à-vis de la cellule :**

.....



# CELLULE INTERCOMMUNALE DE CAS COMPLEXES ADULTE en Santé Mentale (CICCA-SM APS) 18-65 ans

Pôle Services à la Population

Fiche à transmettre à Mme BERGAMASCHI, Coordinatrice CICCA APS : .....@CC-aps.fr / tél : 03 84 52 66 50

**7. MEMBRES DE LA CELLULE DONT LA PRESENCE VOUS SEMBLE INDISPENSABLE POUR EVOQUER LA SITUATION LORS DE LA PROCHAINE REUNION :**

**Suivi social – Suivi médical – Bailleur – Gendarmerie.....**

| Structure | Intervenant | Structure | Intervenant |
|-----------|-------------|-----------|-------------|
|           |             |           |             |
|           |             |           |             |
|           |             |           |             |
|           |             |           |             |
|           |             |           |             |