



Un contact mail et/ou téléphonique est le postulat à toute démarche de transmission de la fiche d'interpellation.

A défaut, la fiche d'interpellation ne sera pas prise en compte.

Date du premier contact :

Fiche d'interpellation situation ADULTE

Date de rédaction :

Nom et coordonnées de l'institution (adresse et cachet).....

Nom, titre et coordonnées du rédacteur :

Coordonnées du Directeur (rice) :

N° dossier MDPH :

Conformément à la législation en vigueur en matière de traitement de données à caractère personnel, la personne concernée et ou son représentant légal autorise la transmission de cette fiche à la MDPH 02

Oui

Non

Identification de la personne

Nom : Prénom :	Né(e) le à :	Adresse :
---------------------------------	-------------------------------	------------------

Renseignez synthétiquement les différentes rubriques :

Droits et prestations ouverts	Orientation Etablissement et/ou service médico-social		
	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> RQTH <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle <input type="checkbox"/> Orientation vers formation <input type="checkbox"/> Prestation Compensation du Handicap (PCH) <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> Foyer vie <input type="checkbox"/> FAM	<input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> Foyer logt <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> Autres.....
Mesures De protection juridique	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat protection future	<input type="checkbox"/> MASP <input type="checkbox"/> Autres.....
Nom de la personne ou de l'organisme tutélaire exerçant la mesure	Nom :	Nom :	Nom :
	Prénom :	Prénom :	Prénom :
	Adresse :	Adresse :	Adresse :
	Tel :	Tel :	Tel :

Éléments de synthèse

→ Indiquez les éléments pertinents à la compréhension de la situation

Problématique repérée de la personne :

.....
.....
.....
.....

Démarches engagées auprès d'établissements et/ou services (indiquez si possible les dates) :

.....
.....
.....
.....

Identification des accompagnements sanitaires et paramédicaux :

Indiquez le nom de la ou les personne(s) référente(s) + fonction, le rythme de(s) intervention(s) et précisez si le ou (les) accompagnement(s) sont : « effectif(s) » – « en attente »- « rompu(s)».

.....
.....
.....
.....

Situation sociale : (Logement, entourage, vie sociale, ressources)

.....
.....
.....
.....

Situation professionnelle (milieu ordinaire ; stages ; RQTH ; ESAT...)

.....
.....
.....
.....

Nom et coordonnées des personnes susceptibles d'être invitées au groupe de synthèse (GOS) :

.....
.....
.....

Partie réservée à la cellule de décision et d'orientation

Orientation de la demande :

Préconisation d'une nouvelle demande

Passage en GOS 1

Passage en GOS 2

Autres (préciser)

Motivations :