

## FICHE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

### Médiateur santé - TERRITOIRE DE MAURIENNE

*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 : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Structure : .....

Ville : .....

Tél : .....

Email : .....

#### IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom :

Adresse :

Prénom :

Sexe :

Tél :

Date de naissance :

Email :

#### MOTIFS DE LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

**Les droits communs en santé**

*Informé sur les droits dans le domaine de la santé (carte vitale, CSS, mutuelle, Affection de Longue Durée, ...), aide à concrétiser les démarches administratives.*

**Les soins**

*Rupture ou absence de parcours de soins (médecin traitant, rendez-vous manqués, mal-observance médicamenteuse, ...), cerner les difficultés rencontrées (craintes, transport, ...), 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 ACCOMPAGNEE**

---

---

---

---

**PRECISEZ VOTRE BESOIN – PROFESSIONNEL**

---

---

---

---

**INTERVENANTS CONNUS**

- Médecin Traitant .....
- Médecin(s) Spécialiste(s) .....
- Soins infirmiers .....
- Service social .....
- Service d'aide à domicile .....
- Autres .....

**CONTACT**

**Emmanuelle AUDOYER – Médiatrice Santé en Maurienne**  
e.audoyer@mrss.fr  
tél : 07.88.45.76.98 / 04.79.62.29.69  
www.mrss.fr

Le Médiateur en Santé peut être amené à partager des informations utiles et pertinentes vous concernant avec les 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 ce partage
- Je refuse ce partage

Date et signature :