Fiche confidentielle de recueil d'une information préoccupante adulte vulnérable

Document à transmettre au : Département de la Loire - Pôle vie sociale
Inspecteur protection adultes vulnérables
2 rue Charles de Gaulle - 42022 Saint-Étienne cedex 1
Tél. 04 77 81 66 15
E-mail : adulte-vulnerable@loire.fr

Information recueillie	Date :	Heure :
Par téléphone ☐ En entretien physique ☐		

Identification de la personne qui révèle l'information préoccupante

☐ Parent (précisez) :
☐ Voisin ☐ Autre (précisez : professionnel, élu…) :
☐ Anonyme

Nom : **Prénom :** **Profession :** **Tél.**
Adresse :
La personne accepte-t-elle d'être recontactée ? **Oui** ☐ **Non** ☐

ADULTE	Identification de ou des adulte(s) concerné(s)		
	Nom-Prénom		
	Date et lieu de naissance		
	Adresse (précisez si établissement et étage)		
	Téléphone		
	Situation professionnelle		
	Situation matrimoniale		
	Nom du médecin traitant		
	Adresse		
	Téléphone		

Identification des autres membres de la famille

Nom-Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Adresse	Téléphone

Identification des mandataires judiciaires (tuteur, curateur...)

Nom-Prénom	Qualité	Adresse	Téléphone

Description des faits et risques encourus par la (les) personne(s) en situation de danger ou pouvant l'être :

Il s'agit des éléments en votre possession et/ou recueillis auprès de la personne qui vous informe :

- Motif de l'information en reprenant la formulation de la personne qui vous informe
- Pourquoi aujourd'hui ? Quel est le facteur déclenchant ? (Notez les faits précis avec les dates si possible).
- Quel entourage, quelles conditions de vie, de logement, de santé, de ressources, etc. ?
- La personne qui vous informe est-elle un témoin direct ? Un porte-parole ?
- Y a-t-il d'autres procédures en cours ? (mesure d'accompagnement, tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, suivi SPIP, dépôt de plainte, signalement, prise de contact avec divers services…). Y a-t-il des intervenants à domicile ?

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

Identification du professionnel qui recueille et transmet l'information préoccupante

Institution/service/association : _____

Nom-prénom : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Date de transmission : _____ Signature :

POUR VOTRE CIRCUIT INTERNE D'INFORMATION À LA HIÉRARCHIE

Transmission au responsable de service le :

Coordonnées du responsable de service :

Suite donnée par le responsable de service :

Actions entreprises ou prévues à court terme

Signature :