

DATE : _____

PERSONNE QUI ETABLIT LA FICHE (NOM, Prénom) : _____

Service/structure : _____

Tél. : _____ Fax : _____ Mail : _____

PERSONNE CONCERNEE (nom, prénom) : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Né(e) le : _____ Médecin traitant : _____

LA PERSONNE EST INFORMEE DE L'ORIENTATION VERS UN OU DES PARTENAIRES OUI NON

LA PERSONNE OU L'ENTOURAGE CONSENT A L'INFORMATION DU OU DES PARTENAIRE(S) OUI NON

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Nom Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Lien avec la personne : _____

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (A renseigner si différent de "Origine de la demande")

La personne Le demandeur Autre (nom, prénom, lien) _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

DEMANDE EXPRIMEE ET PROBLEMATIQUE REPEREE

◇ **Santé (capacités intellectuelles, comportement, chutes, nutrition...)**

- Troubles cognitifs (mémoire, langage, savoir-faire, reconnaissance, jugement)**
- Modifications du comportement (déambulation, repli sur soi, déshinhibition, hallucinations, sentiment de persécution, agressivité, troubles de l'humeur...)
- Polypathologie (lesquelles)
- Risque de chute
- Risque nutritionnel (précisez)
- Essoufflement même au repos
- Pas de médecin généraliste ou de suivi médical

◇ **Autonomie fonctionnelle (mobilité, alimentation, habillage, toilette, entretien du logement, déplacement extérieur...)**

- Retentissement sur les actes de la vie quotidienne (se **nourrir**, se vêtir, se laver, assurer ses transferts, aller aux toilettes...)
- Retentissement sur les actes de la vie domestique (faire les courses, le ménage, le budget, gestion des médicaments, du linge ou des transports...)

◇ **L'un de ces 2 premiers critères vient destabiliser la situation, engendre une fragilité** Oui Non

Recueil de données (éléments déclaratifs)

◇ Aspects familiaux et sociaux (isolement, refus de la personne, épuisement de l'aidant...)

- Problématique familiale
- Isolement problématique
- Risque ou suspicion de maltraitance
- Refus d'aide et/ou de soins
- Epuisement/décès de l'aidant

◇ Aspects économiques et administratifs (difficultés administratives, budgétaires...)

- Diff. dans la gestion courante
- Précarité économique
- Perte ou difficultés d'accès aux droits

◇ Sécurité environnementale (logement insécurité...)

- Habitat inadapté
- Insalubrité

◇ Inadaptation de l'aide aux besoins

- L'aide ne répond pas ou mal aux besoins de la personne
- Il existe un conflit entre professionnels ou avec eux

◇ Projet d'entrée définitive en institution partagé par la personne

Oui Non

◇ Aides déjà en place (si connues) Précisez le nom de la structure

- Service d'aide à domicile
- SSIAD
- Portage de repas
- Téléalarme

- Protection juridique
- Suivi social
- Aidant familial
- Professionnels paramédicaux

1ère ORIENTATION Faites le :

CLIC

ORIENTATION VERS : Faites le :

- SSIAD
- CCAS
- EHPAD/MARPA
- EMS APA
- HAD
- Hôpital (précisez le service)
- Médecins
- MDPH
- Professionnels paramédicaux (précisez)
- Protection juridique
- Service d'aide à domicile

REPONSE

Effectuée par :

Structure:

Prise en compte le :

Orientation invalidée car :

- En attente de décision du partenaire
- Délai d'attente de place
- Refus du partenaire
- Refus de la personne
- Ne me concerne pas (pourquoi, quelle orientation)

Synthèse des éléments repérés