

FICHE D'ORIENTATION PARCOURS PERSONNES AGEES

Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet intégré

*Toutes les données sont susceptibles de ne pas être renseignées.
Pour les personnes vivant sous le même toit, remplir une fiche par personne et le mentionner dans les informations complémentaires*

DATE DE LA DEMANDE:/...../.....

CONCERNANT <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE
<p>Nom : Prénom : <i>Nom de jeune fille :</i></p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>Téléphone/Mail :</p> <p>Adresse :</p> <p>Vit seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Fonction/Qualité :</p> <p>Structure :</p> <p>Téléphone/Mail :</p>

DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

.....

INFORMATION/CONSETEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Est-elle informée de l'orientation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi :
Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi :

ENTOURAGE / ANTICIPATION

Personne à contacter Lien avec la personne :	Nom : Prénom :	Tél : Mail :
Représentant légal <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Statut <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Professionnel	Nom : Prénom :	Tél : Mail :
Personne de confiance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Directives anticipées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom : Prénom :	Tél : Mail :

ACCOMPAGNEMENT POUR L'AUTONOMIE

Services en place	<input type="checkbox"/> Aides à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
APA	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> Oui GIR :	Nb d'heures du plan d'aide :
PCH	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> Oui	Nb d'heures du plan d'aide :

LISTE DES PROFESSIONNELS EN PLACE

Fonction et Structure <i>(IDE, A.Social, SAAD, Kiné...)</i>	NOM et Prénom	Tél/ Mail	Fréquence d'intervention
--	---------------	-----------	--------------------------

Médecin traitant			

ASPECTS	Problématiques	Caractérisation des problématiques
Familiaux et sociaux	<input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input type="checkbox"/> Risque d'abus <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance
Autonomie fonctionnelle et décisionnelle	<input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments) <input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Dénier de la maladie <input type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté dans la gestion du quotidien
Santé	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Risque de déshydratation <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus/Renoncement de soins <input type="checkbox"/> Manque/ Défaut de soins <input type="checkbox"/> Douleurs
Economique et administratif	<input type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative et/ou budgétaire
Environnement et sécurité	<input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste/insalubre <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Maintien à domicile compromis <input type="checkbox"/> Isolement géographique

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

ORIENTATION VERS (Plusieurs professionnels peuvent être destinataires de cette orientation)

NOM DE LA STRUCTURE	NOM/FONCTION PROFESSIONNEL	TEL/MAIL

SUITES DONNEES PAR LE RECEPTEUR DE LA FICHE (A RETOURNER AU DEMANDEUR). Reçue le.../.../....

<input type="checkbox"/> Orientation acceptée	<input type="checkbox"/> Demande réorientée vers :	Date et nom du professionnel : .../.../.....
---	--	--