



FICHE D'ORIENTATION

Date de la demande :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom, Prénom :

Fonction/Lien :

Structure :

Tél :

Courriel :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Age :

Adresse :

CP/Ville

Téléphone :

Situation Familiale :

Marié(e)

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Célibataire

Vie Maritale

Nombre d'enfants :

Médecin Traitant :

Tél :

Courriel :

Protection Juridique :

Oui Laquelle ?

Non

En cours

APA :

Oui

GIR

Nombre d'heures

Non

En cours

Autre :

Autres Aides/Droits Ouverts :

AIDANTS – PROCHES - REFERENT

Nom, Prénom	Lien	Adresse	Téléphone	Courriel

INTERVENANTS/AIDES

Merci de préciser les coordonnées et joindre le plan d'aides, ...

IDE <input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	ESA <input type="checkbox"/>	CCAS <input type="checkbox"/>	Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	Accueil de jour <input type="checkbox"/>	CLIC/ Réseau <input type="checkbox"/>
CMP/EMGP <input type="checkbox"/>	Services d'aides à domicile <input type="checkbox"/>	Portage des repas <input type="checkbox"/>	Gestion de cas <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>		

Coordonnées et précisions :

MOTIFS DE LA DEMANDE (ce qui compromet le maintien à domicile)

CRITERES REMETTANT EN CAUSE LE MAINTIEN A DOMICILE

Autonomie Fonctionnelle	Précisions : ...
<input type="checkbox"/> Difficulté dans les activités de la vie quotidienne (toilette, mobilité,...) <input type="checkbox"/> Difficulté dans les activités domestiques (courses, ménage, prise de médicaments, gestion administrative,...)	
Santé	Précisions :
<input type="checkbox"/> Maladie(s) chroniques ou évolutives <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non) <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Hospitalisations récurrentes <input type="checkbox"/> Chutes à répétition <input type="checkbox"/> Troubles de la nutrition, perte de poids <input type="checkbox"/> Conduites addictives <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels non traités	
Autonomie Décisionnelle	Précisions : ...
<input type="checkbox"/> Troubles de jugement/compréhension <input type="checkbox"/> Altération/déficit intellectuel <input type="checkbox"/> Emprise/ Influence psychologique d'un tiers	
Aides et soins	Précisions : ...
<input type="checkbox"/> Refus d'aide et/ou de soins <input type="checkbox"/> Absence et/ou discontinuité des soins <input type="checkbox"/> Aides et/ou soins inadaptées <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins ou d'aides <input type="checkbox"/> Mise en échec des professionnels (épuiement, impuissance, conflits,...)	
Entourage	Précisions : ...
<input type="checkbox"/> Personne isolée /absence de famille <input type="checkbox"/> Epuiement ou défaillance des aidants <input type="checkbox"/> Projet de vie non partagé avec l'entourage <input type="checkbox"/> Conflits avec l'entourage	
Environnement (familial, social, géographique, habitat)	

La personne concernée par la demande est-elle informée ? Oui Non

Nous vous rappelons que la transmission de ce document est réalisée sous les conditions d'échange et de partage d'informations dans le cadre de la PTA.

Présence du signalant ou personne ressource souhaitée lors de la première visite ? Oui Non Précisez :

GUIDE D'ORIENTATION SUR L'APPUI A LA COORDINATION

ORIENTATION DEMANDEE:	(cadre réservé à l'administration)	
<input type="checkbox"/> Coordination ponctuelle <input type="checkbox"/> Coordination continue <input type="checkbox"/> Coordination intensive <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> CCAS/CIAS <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Inclusion <input type="checkbox"/> Réorientation Vers : Date :	Référents : ■ Nom de la Structure :