

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour

PERSONNE ACCOMPAGNÉE

AIDANT

Contact pris auprès de :

Personne accompagnée M^{me}/M ☎

Intervenant M^{me}/M ☎

Enfant M^{me}/M ☎

Aidant M^{me}/M ☎

Lien avec la personne accompagnée

Médecin traitant D^r ☎

Autre M^{me}/M ☎

Lien avec la personne accompagnée

Action(s) / Aide(s)	Proposée(s)	Acceptée(s)	Mise(s) en place
---------------------	-------------	-------------	------------------

<input type="checkbox"/> Augmentation des heures / modification du plan d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Changement des horaires de passage des intervenants (soignants, AVS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Instauration de services de soins (infirmiers, masseur-kinésithérapeute, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Aide technique (lève-malade, canne, déambulateur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Adaptation du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Impact sur le projet personnalisé

Aucun Vigilance

Réajustement Réévaluation

Demande d'APA Initiale

Révision

Dossier traité le / /

Anesm

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux



OUTIL DE REPÉRAGE DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE OU DE SON AGGRAVATION¹

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE²

Nom de la personne accompagnée

.....

.....

Âge ans

Outil de repérage complété par

.....

Fonction

En date du / /

Outil de repérage transmis le / /

¹ Attention : avant toute utilisation de l'outil, les organismes gestionnaires doivent s'acquitter de leur obligation de déclaration auprès de la CNIL en application de la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.

² Urgence = état de santé qui se dégrade brutalement, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial. En cas d'urgence, appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 15)

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

J'interviens chez la personne pour faire / l'aider à faire	Cochez si OUI	Cochez si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette / l'habillement / le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation / la prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ménage / le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties / les courses / les RDV extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à	Cochez si OUI
La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès...)	<input type="checkbox"/>
La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs...)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt des passages d'intervenants à domicile (IDE, masseur-kynésithérapeute)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	

Vos commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

J'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour l'aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

J'observe que la personne accompagnée / son aidant	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour l'aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins / a maigri / s'hydrate moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de sa solitude, de manque d'argent,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent plus fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble plus triste, exprime moins d'envie ou n'a plus envie de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur / Se sent angoissé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est plus agressif(ve) / Se sent persécuté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consomme plus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ouvre plus les volets / vit dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser		
.....		