

Date de la demande : Cliquez ici pour entrer une date.

Qui fait la demande ? **Personne elle-même** **Autre** Cliquez ici pour entrer du texte.

La personne ou son représentant légal a donné son consentement à la transmission de la fiche et au partage d'informations entre les partenaires.

La personne est informée de la transmission de la fiche et du partage d'informations entre les partenaires.

La personne n'a pas pu donner son consentement

Coordonnées de la personne

Nom / Prénom Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

Situation familiale : marié veuf célibataire divorcé vie maritale

Personne ressource :

Représentant légal : Cliquez ici pour entrer du texte.

Si représentant légal, type de protection juridique : Cliquez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant : Cliquez ici pour entrer du texte.

La personne est-elle à domicile, si non précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.

Problématique(s) et besoin(s) de la personne

Quelle(s) est/sont la/les problématique(s) rencontrée(s) justifiant la demande ?

Cliquez ici pour entrer du texte.

Besoins exprimés/repérés (cochez les catégories correspondantes à la problématique évoquée):

1 Santé **2 Aspects sociaux et familiaux** **3 Autonomie Fonctionnelle (Les AVQ/AIVQ sont définies au verso)**

4 Aspects économiques et administratifs **5 Environnement et sécurité**

Pour mieux cibler la demande, vous pouvez renseigner le verso du document

Informations complémentaires

Aide(s) financière(s) : APA PCH Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation Caisse de retraite

Autre : Cliquez ici pour entrer du texte.

Inconnu

La personne a-t-elle des interventions à domicile ? Lesquelles ? Si oui, renseignez la fréquence d'intervention

(Pour mieux cibler la demande, vous pouvez également renseigner le verso du document):

Cliquez ici pour entrer du texte.

Orientation(s)

A remplir par l'émetteur de la feuille

A remplir par le récepteur

Etape n°1 : Qui fait l'orientation ?

Etape n°2 : Destinataire(s) de l'orientation

Etape n°3 : Retour d'informations au partenaire

Structure/Service : Cliquez ici pour entrer du texte.

Structure(s)/Service(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

Demande acceptée par le partenaire le : Cliquez ici pour entrer une date.

Orientation invalidée – motifs :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom-Prénom – Fonction : Cliquez ici pour entrer du texte.

Objectifs attendus : Cliquez ici pour entrer du texte.

Réorientation faite vers:

S'agit-il d'une orientation par défaut (absence du service souhaité, ex manque de places)?

Oui Non

La réorientation a-t-elle été acceptée ?

Oui Non Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Coordonnées : Cliquez ici pour entrer du texte.

Si oui, pourquoi ? Cliquez ici pour entrer du texte.

Retour d'information à l'émetteur le :

Cliquez ici pour entrer une date.

Informations complémentaires facultatives : Besoins repérés



Santé (physique et mentale)

1

- Mauvais état de santé** ressenti par la personne (plainte exprimée)
- Troubles cognitifs** (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)
- Troubles du comportement** (déambulation, agressivité, repli sur soi, tristesse...)
- Troubles nutritionnels** (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir ...)
- Symptôme physique** (troubles sensoriels, essoufflement même au repos, perte d'équilibre, chute, plaies, baisse de la mobilité...)
- Absence de suivi médical** (avec ou sans médecin traitant)



Autonomie fonctionnelle

3

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie, AVQ (=Actes de la Vie Quotidienne)** : se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes, etc...
- Problèmes dans les activités de la vie domestique, AIVQ (=Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne)**: courses, ménage, préparation des repas, gestion des médicaments, du linge, utilisation des moyens de transport
- Problèmes dans les activités personnelles et de loisirs** (ne peut plus faire celles qu'elle aimait faire)



Aspects familiaux et sociaux

2

- Isolement problématique** (absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin)
- Perte ou épuisement de l'aidant**
- Situation de vulnérabilité**
- Problématique familiale** compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, ...)
- Refus d'aide et de soins** (de la personne ou de son entourage)



Aspects économiques et/ou administratifs

4

- Difficulté dans la gestion courante** (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, carte de retrait invalidée...)
- Perte ou difficulté d'accès aux droits**
- Précarité économique**



Environnement et sécurité

5

- Accessibilité du logement**
- Habitat inadapté** (meuble inadapté et/ou détérioré avec risque de chute et/ou d'accident domestique)
- Insalubrité/vétusté**

Intervenants professionnels déjà présents

- SSIAD PTA Référente Autonomie HAD IDE Kiné CCAS ESA Plateforme des aidants
 Accueil de Jour Associations d'usagers (France Alzheimer, etc.) SAAD (mandataire ou prestataire)
 Emploi direct Equipe Mobile de Gériatrie Equipe Mobile de Soins Palliatifs Pharmacien
 Autre Cliquez ici pour entrer du texte.

Il y a un épuisement des professionnels ? Oui Non

Commentaires

Cliquez ici pour entrer du texte.

FAM à envoyer à l'adresse suivante: pta05@e-santepaca.fr