

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Qui fait la demande ? Personne elle-même Autre :

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

Personne concernée : Homme : Femme :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms (déclarés à l'Etat Civil) :

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Situation familiale : marié veuf célibataire divorcé vie maritale

Adresse :

Téléphone :

Personne Ressource :

Représentant légal :

Si représentant légal, type de protection juridique :

Médecin traitant :

La personne est-elle à domicile, si non précisez :

Informations complémentaires :

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

Autre : Inconnu

Intervenants à domicile :

SSIAD SAAD (mandataire ou prestataire) Emploi direct CCAS Référente Autonomie

IDE Kiné Pharmacien ESA Accueil de Jour PTA

HAD Equipe Mobile de Gériatrie Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Plateforme des aidants Associations d'usagers (France Alzheimer, etc.)

Autre :

Renseignez la fréquence d'intervention si besoin :

Il y a un épuisement des professionnels ? Oui Non

Problématiques justifiant la demande et commentaires divers

Cochez les catégories correspondantes aux problématiques et détaillez-les dans leurs rubriques au verso:

1 Santé 2 Aspects sociaux et familiaux 3 Autonomie Fonctionnelle

4 Aspects économiques et administratifs 5 Environnement et sécurité



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'aïdant**
- 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** (meubler inadapté et/ou détérioré avec risque de chute et/ou d'accident domestique)
- Insalubrité/vétusté**

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 Délai de réponse souhaité?	Etape n°3 : Retour d'informations au partenaire
Structure/Service :	Structure(s)/Service(s) :	<input type="checkbox"/> Demande acceptée par le partenaire le :
Nom-Prénom – Fonction :	<u>Objectifs attendus</u> :	<input type="checkbox"/> Orientation invalidée – motifs :
Coordonnées :	S'agit-il d'une orientation par défaut (absence du service souhaité, ex manque de places)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pourquoi ?	Date :
		<input type="checkbox"/> Réorientation faite vers :
		La réorientation a-t-elle été acceptée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :
		Retour d'information à l'émetteur le :

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