

FICHE D'ORIENTATION

Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet intégré:
Ex : Gestion de cas MAIA, SSIAD, RESOPALID, EMPG.....

Date de la demande: .../.../.....

Date de réception : .../.../.....

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

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

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 Statut <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Oui	Nom : Prénom :	Tél : Mail :
Personne de confiance Directives anticipées Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom : Prénom :	Tél : Mail :

AUTONOMIE

APA	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui, cotation GIR:..... Nb d'heures du plan d'aide : <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
PCH	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nb d'heures du plan d'aide :

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