



FICHE D'ORIENTATION

Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet

DATE DE LA DEMANDE : / /

DATE DE RECEPTION : / /

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

DEMANDE EXPRIMÉE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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, Ass. Social, SAAD, Kiné...)</i>	NOM et Prénom	Tél/ Mail	Fréquence d'intervention
Médecin traitant <i>(Donnée obligatoire)</i>			
Autres :			

ASPECTS	Problématiques OU faits alarmants	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/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 dans la gestion administrative /budgétaire <input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité	
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"/> Difficulté à boire <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus/manque 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/ 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

SUITES DONNEES PAR LE RECEPTEUR DE LA FICHE

<input type="checkbox"/> Orientation acceptée	<input type="checkbox"/> Demande réorientée vers :	Date et nom du professionnel : / /
---	--	---