**Annexe 1 - Fiche d’orientation vers l’Accompagnement Renforcé à Domicile**

**Personne renseignant le formulaire**

Nom/Prénom : Fonction / Qualité : Structure :

Tel : mail :

**À JOINDRE IMPERATIVEMENT : CARTE D’IDENTITÉ DE LA PERSONNE ORIENTÉE**

**Date de la demande :**

La personne a + de 60 ans

Oui  Non Age :

GIR de 1 à 4  Oui  Non

Domicile actuel situé à 20mn autour du centre de Clermont l’Hérault

Oui  Non

Présence d’aide déjà mise en place  Oui  Non

Personne suivie par un médecin traitant :  Oui  Non

Nom du Médecin traitant :

Tel :

Mail :

**Personne orientée**

**Nom :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Etage :

Digicode :

Boite à clés :

Est-elle informée de l’orientation :  Oui  Non

Si non pourquoi :

Consent-elle au partage d’information entre les différents professionnels :  Oui  Non

Si non pourquoi :

**PERSONNE PRIVILEGIEE A CONTACTER**

Nom : Lien avec la personne :

Prénom : Téléphone : Mail :

Adresse :

**Personne de confiance (si différente de la personne à contacter)**

Nom et Prénom :

Lien :

Mail :

Tél :

**Représentant légal :**  Oui  Non

Statut :  Famille  Professionnel

Nom et Prénom :

Mail :

Tél :

**LISTES DES PROFESSIONNELS EN PLACE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction et structure (IDE, ASS, SAAD, Kiné…)** | **NOM et Prénom** | **Tél / Mail** | **Fréquence d’intervention** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DIAGNOSTIC RAPIDE DE LA COMPLEXITE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aspects familiaux et sociaux** | **Autonomie** | **Santé** | **Environnement et sécurité** |
| Isolement social  Aidant en difficulté  Conflit familial  Refus d’aide  Manque d’aide  Risque d’abus | Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s’habiller, se laver, s’alimenter, gérer l’hygiène de l’élimination…)  Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments…)  Difficultés à la mobilité | Chutes fréquentes  Plaies fréquentes  Troubles moteurs  Troubles sensoriels  Troubles du comportement / agressivité  Douleurs / SP  Troubles cognitifs/Désorientation  Maladie chronique invalidante  ALD  Hospitalisations fréquentes  Refus / Renoncement aux soins | Logement inadapté  Logement vétuste / insalubre  Incapacité à donner l’alerte  Isolement géographique  Absence de ressource soignante |

**Informations complémentaires d’après les éléments recueillis par le professionnel** :

**BESOINS D’ACCOMPAGNEMENT**

Ergothérapie  Kinésithérapie

Coordination infirmière  Soutien psychologique

Activité Physique Adaptée  Coordination médicale

Autres, précisez :