|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formulaire demande d'inscription aux activités  en Antenne de proximité** | | | |
| Formulaire à retourner au CRT Cœur d’Hérault - [**contact.crt@gecoh.fr**](mailto:contact.crt@gecoh.fr)  Coordination CRT - 07 43 36 58 93 | | | |
| **Nom d’usage** |  | |
| **Nom de jeune fille** |  | |
| **Prénom** |  | |
| **Date de naissance** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **Téléphone** |  | |
| **Mail** |  | |
| **Personne en charge de l'accompagnement aux activités** (auxiliaire de vie, aidant familial…) | **Nom, prénom** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Mail** |  |
| **Mode de transport envisagé** |  | |  | |
| **Personne de confiance** | **Nom, prénom** |  |  | |
| **Téléphone** |  |  | |
| **Mail** |  |  | |

**La personne est-elle informée de la demande : OUI**   **NON**

**1. BESOINS, SOUHAITS ET CENTRES D’INTERET**

**Besoins et attentes exprimés par la personne :**

**Centres d’intérêts :**

**Attentes exprimées par l’entourage (proches ou professionnels) :**

**Habitudes de vie / déroulement d’une journée :**

**Relations sociales :**

**2. SITUATION**

Situation familiale :  Vit seul(e)  Vit avec et/ou chez :

Aidants

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom :  Téléphone :  Localisation :  Lien avec le bénéficiaire :  Aidant principal  Oui  Non | Nom / Prénom :  Téléphone  :  Localisation :  Lien avec le bénéficiaire :  Aidant principal  Oui  Non |

**Animaux : oui**  **(*préciser*) :**       **non**

|  |  |
| --- | --- |
| **3. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE** | |
| **Vision** | Lunettes |
| **Audition** | Appareil auditif |
| **Santé** | GIR (Si oui, quel niveau ?) :  Troubles cognitifs  Pathologies essentielles :  Troubles du comportement productif/négatif :  Etat psychique :  Troubles mnésiques suspectés  Antécédents médicaux :  Traitements en cours (à faire remplir par l’infirmière à domicile et fournier dernière ordonnance)  Situation vaccinale connue : |
| **Allergie** | Alimentaire :        Médicamenteuse :        Autre : |
| **Nutrition** | Risque de déshydratation / dénutrition :  Problématiques buccales (dont plaie etc.) : |
| **Tabac, Alcool, autres.** | Tabac  Alcool  Autre (*préciser*) : |

**4. AUTONOMIE**

|  |
| --- |
| **Transport :** |
| Voyage seul et/ou s’organise seul  Se déplace avec l’aide de quelqu’un  Transport en commun  Voiture  Taxi  A pieds |
| **Habillage / déshabillage** |
| Autonome :  Aide partielle :  Commentaires : |
| **Aller au WC** *(pour uriner ou déféquer, s’essuyer et se rhabiller) :* |
| Autonome :  Aide partielle :  Commentaires : |
| **Continence** |
| Contrôle complet des urines et des selles  Accidents occasionnels  Commentaires : |
| **Mobilité à la marche** |
| Besoin d’aucune aide pour s’asseoir ou se lever d’une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)  Besoin d’aide |

|  |
| --- |
| **Chutes :** |
| Antécédents de chutes (*si oui, « combien de chutes + il y a combien de temps + motif » - exemples : deux fois durant les trois derniers mois, ou une fois il y a deux ans) :* |

|  |
| --- |
| **Alimentation** |
| Besoin d’aucune aide  Besoin d’aide pour couper la viande, beurrer le pain ou peler les fruits  Commentaires : |
| **Gestion thérapeutique :** |
| Assure la préparation et la prise de médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées  Gère la prise de médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés  Aide par entourage :        Aide par IDE :  (qui, quand, comment ?) |
| **Capacité de gérer ses finances pour repas et frais de transport :** |
| Règle lui-même de manière autonome ses affaires financières  Aide par entourage :        Aide par professionnel :  (qui, comment) : |

**5. CERCLE DE SANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Professionnels**  **Intervenants** | **Coordonnées**  **Mail / Adresse / Téléphone** | **Fréquences / Motifs / Modalités / autres informations.** |
| Médecin traitant |  |  |
| Infirmier(s) SSIAD |  |  |
| Aide à domicile |  |  |
| Mandataire judiciaire |  |  |
| Autres |  |  |

**NOTES LIBRES**