|  |
| --- |
| **Formulaire demande d'inscription aux activités en Antenne de proximité**  |
| Formulaire à retourner au CRT Cœur d’Hérault - **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**