

## Annexe 1 - Fiche d'orientation vers l'Accompagnement Renforcé à Domicile

### 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 : \_\_\_\_\_

Sortie d'hospitalisation  Oui  Non

### Identité de la personne

Mr  Mme

NOM d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

*Nom de jeune fille :* \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone / Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Vit seul :  Oui  Non

### Personne renseignant le formulaire

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction / Qualité : \_\_\_\_\_

Structure : \_\_\_\_\_

Téléphone / Mail : \_\_\_\_\_

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 à contacter :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

### Représentant légal : Oui Non

Statut :  Famille  Professionnel

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

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
<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"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, s'alimenter, gérer l'hygiène de l'élimination...) <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"/> Chutes fréquentes <input type="checkbox"/> Plaies fréquentes <input type="checkbox"/> Troubles moteurs <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement / agressivité <input type="checkbox"/> Douleurs / SP <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / Désorientation <input type="checkbox"/> Maladie chronique invalidante <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus / Renoncement aux soins	<input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste / insalubre <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Absence de ressource soignante

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

**BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT**

- Ergothérapie
- Coordination infirmière
- Activité Physique Adaptée
- Kinésithérapie
- Coordination médicale
- Soutien psychologique
- Autres, précisez :