**Fiche d’orientation pour un Accompagnement Renforcé à Domicile**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE** | | |
| NOM, Prénom : | Fonction/Qualité : | Structure : |
| Tél : | Mail : | Date : |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE ORIENTEE**  **Nom d’usage :**  **Nom de naissance :**  **Prénom :**  Date de naissance :  Lieu de naissance :  Téléphone :  Mail :  **Adresse complète :**  Etage :       Digicode : | **DEMANDE :**  La personne a + de 60 ans : Oui  Non  **Niveau de dépendance évalué :** Oui  Non  **GIR 1  2  3  4  5  6**  Bénéficie-t-elle de l’APA (Aide Personnalisée d’Autonomie) de la part du Département ? Oui  Non  Présence d’aide déjà mise en place : Oui  Non  Suivie par un médecin traitant : Oui  Non  **Nom du Médecin traitant** :  **Tel :**  **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 PRIVILEGIEE A CONTACTER** |
| NOM, Prénom :      Lien avec la personne : |
| **Mail :       Téléphone :**  **Adresse :** |

|  |
| --- |
| **REPRESENTANT LEGAL :** Oui  Non  **Statut :** Famille  Professionnel  NOM, Prénom :  **Mail :       Téléphone :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTES DES PROFESSIONNELS EN PLACE** | | | |
| **Fonction (Infirmier, AS, Aides à domicile, Kiné…)** | **Structure / NOM et Prénom** | **Tél / Mail** | **Fréquence d’intervention** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTIC RAPIDE DE LA FRAGILITE / VULNERABILITE** | | | |
| **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  Développez :  Douleurs / Soins Palliatifs  Troubles cognitifs/Désorientation  Maladie chronique invalidante  Affection Longue Durée  Hospitalisations fréquentes  Refus / Renoncement aux soins | Logement inadapté  Logement vétuste / insalubre  Incapacité à donner l’alerte  Isolement géographique  Absence de ressource soignante |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES D’APRES LES ELEMENTS RECUEILLIS PAR LE PROFESSIONNEL** : |

**BESOINS D’ACCOMPAGNEMENT**

|  |
| --- |
| Ergothérapie  Kinésithérapie  Coordination infirmière  Soutien psychologique  Activité Physique Adaptée  Coordination médicale  Stimulation cognitive et sensorielle  Autres, précisez : |

**Cerfa médical à joindre à la fiche d’orientation**

**Civilité : Madame**  **Monsieur**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom d’usage |  |
| Nom de naissance |  |
| Prénom |  |

**Médecin qui renseigne le dossier** (si différent du médecin traitant)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom - Prénom |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Mail |  |

**La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée ?**OUI  NON

Si oui, dans quel service ?

Date de sortie :

**La personne a-t-elle des directives anticipées ?** OUI  NON

|  |
| --- |
| **Personne de confiance désignée** Nom et Prénom :  Lien :       Mail :       Téléphone : |

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** OUI  NON

**Coordonnées du médecin traitant** (si différent du médecin qui renseigne le dossier) :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom – Prénom |  |
| Téléphone fixe |  |
| Téléphone portable |  |
| Adresse mail |  |

Le futur bénéficiaire est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc) OUI  NON

**Coordonnées du spécialiste :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatrique** | **Pathologies actuelles et état de santé** (faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois) |
| **Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes, il n’est pas nécessaire de remplir le cadre)** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Taille** |  | **Poids** |  | **Amaigrissement récent**  (> 5% en 1 mois, 10% en 6 mois) | OUI | NON |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conduite**  **addictive** | OUI | NON |  | **Déficiences sensorielles** | **OUI** | **NON** |  | **Rééducation** | **OUI** | **NON** |
| Si OUI, précisez laquelle : | | |  | Précisez laquelle :   * Visuelle * Auditive * Gustative * Olfactive * Vestibulaire * Tactile |  |  |  | Précisez laquelle :   * Kinésithérapie * Orthophonie * Autre (précisez) |  |  |
| Précisez si elle est en cours de  sevrage :  OUI  NON | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risque de chute** | OUI | NON | **Risque de fausse route** | OUI | NON | **Soins palliatifs** | OUI | NON |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergies** | OUI | NON | Si oui, précisez : |
| **Portage de bactérie multi résistante** | OUI | NON | Si oui, précisez : |
|  | Ne sait pas | |
|  |  |  | Date du dernier prélèvement : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données sur l’autonomie** | | **A1** | **B2** | **C3** |  | **Symptômes comportementaux et psychologiques** | **OUI** | **NON** |
| **Transferts** | Se lever |  |  |  |  | **Idées délirantes** |  |  |
| S’asseoir |  |  |  |  | **Hallucinations** |  |  |
| Se coucher |  |  |  |  | **Agitation, agressivité** |  |  |
| **Déplacement** | A l’intérieur |  |  |  |  | **Dépression, dysphorie** |  |  |
| A l’extérieur |  |  |  |  | **Anxiété** |  |  |
| **Toilette** | Haut |  |  |  |  | **Exaltation de l’humeur/dysphorie** |  |  |
| Bas |  |  |  |  | **Apathie, indifférence** |  |  |
| **Elimination** | Urinaire |  |  |  |  | **Irritabilité/Instabilité de l’humeur** |  |  |
| Fécale |  |  |  |  | **Comportement moteur aberrant :**   * Déambulations pathologiques |  |  |
| **Habillage** | Haut |  |  |  |  | * Gestes incessants |  |  |
| Moyen |  |  |  |  | * Risque de sorties inopinées |  |  |
| Bas |  |  |  |  | **Troubles du sommeil** |  |  |
|  |  |  |  |  | **Troubles de l’appétit** |  |  |
| **Alimentation** | Se servir |  |  |  |  |  |  |  |
| Manger |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alerter** | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Orientation** | Temps |  |  |  |  |  |  |  |
| Espace |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cohérence** | Communication |  |  |  |  |  |  |  |
| Comportement |  |  |  |  |  |  |  |

**A1**  = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

**B2** = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou correctement.

**C3** = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Soins Techniques** | **Oui** | **Non** |  | **Appareillage** | **Oui** | **Non** |
| **Oxygénothérapie** |  |  |  | Fauteuil roulant |  |  |
| * Continue |  |  |  | Lit médicalisé |  |  |
| * Non continue |  |  |  | Matelas anti-escarres |  |  |
| **Sondes d’alimentation** |  |  |  | Déambulateur / canne |  |  |
| **Sondes trachéotomie** |  |  |  | Orthèse |  |  |
| **Sonde urinaire** |  |  |  | Prothèse (dont prothèse dentaire) |  |  |
| **Gastrostomie** |  |  |  | Pacemaker |  |  |
|  |  |  |  | Autres (précisez) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pansements ou soins cutanés** | **Oui** | **Non** |  | **Colostomie** | **Oui** | **Non** |
| * Soins d’ulcère |  |  |  | Urétérostomie |  |  |
| * Soins d’escarres |  |  |  | Appareillage ventilatoire / ventilation non-invasive (VNI) |  |  |
| **Localisation :** | | |  | Chambre implantable / PICC Line |  |  |
| **Stade :** | | |  | Dialyse péritonéale |  |  |
| **Durée du soin :** | | |  | Pompe (morphine, insuline, …) |  |  |
| **Type de pansement** (préciser) : | | |

|  |
| --- |
| **Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)** |
| **Signature, date et cachet du médecin** |

