**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**      |

