

## FICHE D'ORIENTATION A DESTINATION DES PROFESSIONNELS

### Informations préalables :

- Le professionnel, utilisant cette fiche, a pris connaissance des missions du Pôle Infos seniors du Pays salonnais.
- Le professionnel doit compléter la fiche d'orientation et la fiche « intervenants » le plus précisément possible, avec les données qu'il a en sa possession.
- La personne ou son représentant légal, à défaut les membres de la famille, doit être informée de l'orientation vers notre service.

\*Date de l'orientation :    /    /

### Professionnel qui établit la fiche :

NOM Prénom: ..... Fonction : .....

Structure : .....

Tél. : ..... Mail : .....

### Personne concernée :

Nom de naissance<sup>1</sup> : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Née le : ...../...../..... A : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

### Coordonnées de la personne à contacter au sujet de la demande :

☐ la personne    ☐ le demandeur    ☐ autre (nom, prénom, lien) : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

<sup>1</sup> Le nom de naissance de la personne est obligatoire pour informatisation correcte des données dans le dossier de la personne. Celui-ci doit être vérifié sur des pièces justificatives telles que la pièce d'identité, l'acte de naissance, le livret de famille.

## Problématiques repérées :

### • Santé

- ☐ Troubles cognitifs (mémoire, langage, savoir-faire, reconnaissance, jugement, désorientation, incohérence)
- ☐ Modifications du comportement (déambulation, repli sur soi, désinhibition, sentiment de persécution, agressivité, troubles de l'humeur...)
- ☐ Polypathologie
- ☐ Chutes à répétition
- ☐ Risques nutritionnels
- ☐ Essoufflement même au repos
- ☐ Aucun médecin généraliste ou suivi médical

*Précisions :*

.....

.....

.....

### • Autonomie fonctionnelle

- ☐ Retentissement sur les actes de la vie quotidiennes (se nourrir, se vêtir, se laver, assurer ses transferts, aller aux toilettes...)
- ☐ Retentissement sur les actes de la vie domestique (faire les courses, gérer son budget, sa prise de médicaments, l'entretien du logement, ses déplacements extérieurs...)

*Précisions :*

.....

.....

.....

### • Aspects familiaux et sociaux

- ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Vit maritale
- ☐ Mesure de protection juridique : Préciser quelle mesure et qui en a la charge :

.....

Nombre d'enfants : .....

Présence d'aidants familiaux : ☐ oui ☐ non Aidant familial principal : .....

- ☐ Problématique familiale
- ☐ Isolement
- ☐ Risque ou suspicion de maltraitance
- ☐ Refus d'aide et/ou de soins
- ☐ Epuisement / Décès de l'aidant

*Précisions :*

.....

.....

.....

### • Aspects économiques et administratifs

- ☐ Difficulté dans la gestion courante
- ☐ Précarité économique
- ☐ Perte ou difficulté d'accès aux droits

Précisions :

.....

.....

### • Sécurité environnementale

- ☐ Habitat inadapté
- ☐ Insalubrité

Précisions :

.....

.....

### • Inadaptation de l'aide aux besoins

- ☐ L'aide ne répond pas ou mal aux besoins
- ☐ Difficultés de coordination des interventions
- ☐ Refus de la personne d'être accompagnée

Précisions :

.....

.....

### Aides déjà en place :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> APA / GIR...                | <input type="checkbox"/> Médecin traitant    | <input type="checkbox"/> ESA                                   |
| <input type="checkbox"/> Aide caisses de retraite    | <input type="checkbox"/> Aide à domicile     | <input type="checkbox"/> Suivi social (MDS, CCAS, hospitalier) |
| <input type="checkbox"/> Aide MDPH                   | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers    | <input type="checkbox"/> Suivi hôpital de jour                 |
| <input type="checkbox"/> Aide momentanée AGIRC ARCCO | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute    | <input type="checkbox"/> Suivi DAC ou CRT                      |
| <input type="checkbox"/> Aide Mutuelle               | <input type="checkbox"/> Portage de repas    | <input type="checkbox"/> Suivi SSR                             |
|  | <input type="checkbox"/> Téléassistance      | <input type="checkbox"/> Suivi HAD                             |
|  | <input type="checkbox"/> AJ                  | <input type="checkbox"/> Maison du Bel Age                     |
|  | <input type="checkbox"/> HT:                 | <input type="checkbox"/> Autres                                |
|  | <input type="checkbox"/> Plateforme de répit |  |

- ☐ Demande d'entrée en établissement en cours (VIATRAJECTOIRE) :

### Demande du professionnel au vu des problématiques repérées :

.....

.....

.....

.....

## FICHE INTERVENANTS

	NOM DU SERVICE OU DU PROFESSIONNEL INTERVENANT	COORDONNEES / PRECISIONS
MEDECIN TRAITANT		
MEDECIN SPECIALISTE		
SOINS INFIRMIERS		
DAC		
CRT		
ESA		
EMG		
UCC		
SSR		
AIDE A DOMICILE (SAAD ou CESU)°		
ACCUEIL DE JOUR		
PLATFORME DE REPIT		
TELEASSISTANCE		
PORTAGE DE REPAS		
SUIVI SOCIAL CCAS/MDS		
SUIVI SOCIAL HOSPITALIER		
MAISON DU BEL AGE		
AIDANTS FAMILIAUX		
AUTRES		

### Observations complémentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Orientation : ..... Date de la réponse : ..... Dossier pris en charge par : ..... Orientation validée le : ..... Orientation invalidée le : ..... Réorientation vers (si nécessaire) : .....
---