

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 naissance¹ : 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. :

1 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		
PLATEFORME 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) :