|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulaire demande d'inscription aux activités**   |  |  | | --- | --- | | **Antenne de proximité** | **Les Jardins de Riveral** | | **Adresse** | 800 avenue du Mas Salat, 34150 Gignac | | | |
| **Nom de la personne âgée aidée** |  | |
| **Nom de jeune fille** |  | |
| **Prénom** |  | |
| **Date de naissance** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **Téléphone** |  | |
| **Mail** |  | |
| **Référent** (personne à contacter en cas d'urgence) | **Nom, prénom** |  |
| **Téléphone portable** |  |
| **Mail** |  |
| **Formulaire à retourner au CRT - contact.crt@gecoh.fr** | | |
| **Contact CRT Cœur d’Hérault - 07 43 36 58 93** | | |

**1. SITUATION**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom :  Téléphone :  Localisation :  Aidant principal  Oui  Non | Nom / Prénom :  Téléphone :  Localisation :  Aidant principal  Oui  Non |

Animaux :  non  oui (*préciser*) :

|  |  |
| --- | --- |
| **2. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE** | |
| **Vision** | Lunettes |
| **Audition** | Appareil auditif |
| **Santé** | GIR - Si oui, quel niveau :  Troubles cognitifs  Pathologies essentielles  Troubles du comportement productif/négatif :  Etat psychique :  Troubles mnésiques suspectés  Observance des traitements :  Situation vaccinale connue : |
| **Allergie** | Alimentaire :  Médicamenteuse :  Autre : |
| **Nutrition** | Risque de déshydratation / dénutrition :  Problématiques buccales (dont plaie etc.) : |
| **Tabac, Alcool, autres.** | Tabac  Alcool  Autre (*préciser*) : |

**3. BESOINS, SOUHAITS, HABITUDES DE VIE ET CENTRES D’INTERET**

**Besoins et attentes exprimés par la personne :**

**Priorités de la personne :**

**Attentes exprimées par l’entourage (proches ou professionnels) :**

**Centres d’intérêts :**

**4. AUTONOMIE**

|  |
| --- |
| **Transport :** |
| Voyage seul et/ou s’organise seul  Se déplace avec l’aide de quelqu’un  Aide par entourage :  Aide par aide à domicile :  (qui, quand, comment)  (qui, quand, comment)  Transport en commun  Voiture  Taxi  A pieds |
| **Habillage / déshabillage** |
| Autonome :  Aide partielle :  Commentaires : |
| **Aller au WC** *(pour uriner ou déféquer, s’essuyer et se rhabiller) :* |
| Autonome :  Aide partielle :  Commentaires : |
| **Continence** |
| Contrôle complet des urines et des selles  Accidents occasionnels  Commentaires : |
| **Mobilité à la marche** |
| Besoin d’aucune aide pour s’asseoir ou se lever d’une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)  Besoin d’aide |
| **Chutes :** |
| Antécédents de chutes (*si oui, « combien de chutes + il y a combien de temps + motif » - exemples : deux fois durant les trois derniers mois, ou une fois il y a deux ans) :* |
| **Alimentation** |
| Besoin d’aucune aide  Besoin d’aide pour couper la viande, beurrer le pain ou peler les fruits  Commentaires : |
| **Aptitude à utiliser le téléphone** |
| Se sert du téléphone de sa propre initiative (cherche les numéros, les choisit, etc…)  Ne choisit que certains numéros  Décroche le téléphone, mais n’appelle pas lui-même  Ne peut utiliser le téléphone |

|  |
| --- |
| **Gestion thérapeutique :** |
| Assure la préparation et la prise de médicaments à la dose correcte et aux heures appropriées  Gère la prise de médicaments si ceux-ci ont été préalablement préparés  Aide par entourage :  Aide par IDE :  (qui, quand, comment)  (qui, quand, comment) |

**6. CERCLE DE SANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Professionnels**  **Intervenants** | **Coordonnées**  **Mail / Adresse / Téléphone** |
| Médecin traitant |  |
| Infirmier(s) |  |
| SSIAD |  |
| Ergothérapeute |  |
| Mandataire Judiciaire |  |
| Service d’aide à domicile |  |
| ESA |  |
| Entourage |  |
| Autres |  |

**NOTES LIBRES**