|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**