**Annexe 1 - Fiche d’orientation vers l’Accompagnement Renforcé à Domicile**

**Personne renseignant le formulaire**

Nom/Prénom : Fonction / Qualité : Structure :

Tel : mail :

**Date de la demande :**

La personne a + de 60 ans

[ ]  Oui [x]  Non Age :

GIR de 1 à 4 [ ]  Oui [ ]  Non

Domicile actuel situé à 20mn autour du centre de Clermont l’Hérault

[ ]  Oui [ ]  Non

Présence d’aide déjà mise en place [ ]  Oui [ ]  Non

Personne suivie par un médecin traitant : [ ]  Oui [ ]  Non

Nom du Médecin traitant :

Tel :

Mail :

**Personne orientée**

**Nom :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Etage :

Digicode :

Boite à clés :

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 : Lien avec la personne :

Prénom : Téléphone : Mail :

Adresse :

**Personne de confiance (si différente de la personne à contacter)**

Nom et Prénom :

Lien :

Mail :

Tél :

**Représentant légal :** [ ]  Oui [ ]  Non

Statut : [ ]  Famille [ ]  Professionnel

Nom et Prénom :

Mail :

Tél :

**LISTES DES PROFESSIONNELS EN PLACE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction et structure (IDE, ASS, SAAD, Kiné…)** | **NOM et Prénom** | **Tél / Mail** | **Fréquence d’intervention** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DIAGNOSTIC RAPIDE DE LA COMPLEXITE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 / agressivité[ ]  Douleurs / SP[ ]  Troubles cognitifs/Désorientation[ ]  Maladie chronique invalidante [ ]  ALD [ ]  Hospitalisations fréquentes[ ]  Refus / Renoncement aux soins | [ ]  Logement inadapté[ ]  Logement vétuste / insalubre[ ]  Incapacité à donner l’alerte[ ]  Isolement géographique[ ]  Absence de ressource soignante |

**Informations complémentaires d’après les éléments recueillis par le professionnel** :

**BESOINS D’ACCOMPAGNEMENT**

[ ]  Ergothérapie [ ]  Kinésithérapie

[ ]  Coordination infirmière [ ]  Soutien psychologique

[ ]  Activité Physique Adaptée [ ]  Coordination médicale

[ ]  Autres, précisez :