

Date de la demande : / / 20

FICHE D'ORIENTATION INTER-PARTENAIRES

DEMANDE SOLLICITÉE PAR

Nom, Prénom :

Structure :

Fonction :

Tél :

E-mail :

CONCERNANT Mme M.

Nom, Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Commune :

Tél :

SITUATION DE LA PERSONNE ET PROFESSIONNELS DEJA EN PLACE

Situation familiale : Marié(e) Concubinage Veuf(e) Divorcé(e)/Séparé(e) Célibataire

Nombre d'enfants :

Numéro de Sécurité Sociale :

Mutuelle : Oui Non Si oui, laquelle :

Caisse de retraite :

Plan d'aide caisse de retraite : Oui Non En cours Si oui, le nom :

Plan d'aide APA : Oui Non En cours Si oui, GIR :

MDPH : Oui Non

Coordonnées du médecin traitant :

Intervenants connus :

IDE SSIAD SAAD HAD EMPP/CMP OPALE Médecin/hôpital

Service social UTS Service social hospitalier

Autres :

Y a-t-il une mesure de protection en place ? Oui Non En cours

Si oui, préciser : Tutelle Curatelle renforcée Curatelle Sauvegarde de justice

Nom du représentant légal :

Coordonnées :

Y a-t-il une personne de confiance désignée ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

Personnes référente(s) à prévenir :

NOM	PARENTE	VILLE	TEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La personne concernée est-elle informée de l'orientation ? Oui Non

La personne est-elle en accord avec l'orientation ? Oui Non

La personne concernée est-elle dans le refus d'aide et de soins ? Oui Non

ALERTES ET POINTS DE VIGILANCE

Santé physique ou psychique

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> Maladie Parkinson/cancer/autres | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Agressivité / violence | <input type="checkbox"/> Pathologies multiples | <input type="checkbox"/> Addictions avec substance |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic maladie neuro-évolutive | <input type="checkbox"/> Handicap (à préciser) | <input type="checkbox"/> Désorientation |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> AVC | |

À préciser :

Aspects nutritionnels

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> Incapacité à se préparer des repas |
| <input type="checkbox"/> Incapacité à s'alimenter seul | | |

À préciser :

Autonomie fonctionnelle

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulté pour la toilette | <input type="checkbox"/> Limitation de la mobilité | <input type="checkbox"/> Risque de chutes |
|--|--|---|

À préciser :

Sécurité individuelle et environnementale

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cadre de vie précaire | <input type="checkbox"/> Habitat inadapté | <input type="checkbox"/> Logement insalubre |
| <input type="checkbox"/> Encombrement | <input type="checkbox"/> Errance – déambulation | <input type="checkbox"/> Isolement géographique |

À préciser :

Aspects familiaux et sociaux

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Épuisement des aidants | <input type="checkbox"/> Isolement social | <input type="checkbox"/> Absence/indisponibilité des aidants |
| <input type="checkbox"/> Conflit familial | <input type="checkbox"/> Vulnérabilité | <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance (à préciser) |

À préciser :

Aspects économiques, administratifs et financiers

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulté de gestion financière | <input type="checkbox"/> Surendettement | <input type="checkbox"/> Difficulté de gestion administrative |
| <input type="checkbox"/> Pas ou perte d'accès aux droits | | |

À préciser :

Points de vigilance au domicile (animaux, armes à feu...)

Autres informations et observations

Demandes exprimées par la personne et/ou l'entourage

ORIENTATION DEMANDÉE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil de Jour (AJ) | <input type="checkbox"/> Plateforme de répit |
| <input type="checkbox"/> Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) | <input type="checkbox"/> Pôle d'Activités et Soins Adaptés (PASA) |
| <input type="checkbox"/> Consultation mémoire | <input type="checkbox"/> Réseau de Santé |
| <input type="checkbox"/> Équipe médico-sociale (Conseil Départemental Yonne) | <input type="checkbox"/> Réseau de Santé Mentale de l'Yonne (RSMY) |
| <input type="checkbox"/> Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) | <input type="checkbox"/> Réseau de soins palliatifs de l'Yonne (OPALE 89) |
| <input type="checkbox"/> Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) | <input type="checkbox"/> Service d'Aide À Domicile (SAAD) |
| <input type="checkbox"/> France Alzheimer (FA 89) | <input type="checkbox"/> Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) |
| <input type="checkbox"/> Coordination de Parcours Complexe (DAC 89) | <input type="checkbox"/> Soins de Suites et Réadaptation (SSR) |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation À Domicile (HAD) | <input type="checkbox"/> Unité Alzheimer (UA) |
| <input type="checkbox"/> Hébergement Temporaire (HT) | <input type="checkbox"/> Unité cognitivo-comportementale |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) libéral(e) (IDEL) | <input type="checkbox"/> Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) |
| <input type="checkbox"/> Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH 89) | <input type="checkbox"/> Unité de Soins Longue Durée (USLD) |
| <input type="checkbox"/> Communautés Professionnelles Territoriales de Santé | <input type="checkbox"/> Unité Territoriale de Solidarité (UTS) |
| (CPTS) : à préciser : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |

JUSTIFICATION DE L'ORIENTATION

ORIENTATION EFFECTUEE

Demande acceptée par le partenaire sollicité : Oui Non En liste d'attente

Si non, réorientation vers :

Les raisons de la réorientation :

Merci d'informer le partenaire qui vous a orienté la demande de votre décision d'entrée dans votre structure, et en cas de refus, merci de lui indiquer quelle est la réorientation que vous effectuez vers un autre partenaire plus adapté à la demande.