

ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom	
Prénom	
Fonction	
Structure	
Email	
Téléphone	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	Homme Femme
Situation familiale	Veuf Célibataire Marié En couple Divorcé
Adresse complète	
Code postal et ville	
Téléphone fixe	
Téléphone portable	
Email	
Mesures de protection	Oui non

MÉDECIN / SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant	
Autre Professionnel médical	
Professionnel paramédical	
Absence de suivi médical	
N° Sécurité Sociale	

Proches à contacter : **Enfant** **Famille** **Autres :**

OBJET DE LA DEMANDE

Je fais une demande pour : **Une mise à disposition** **Des conseils** **La mise en place d'un accompagnement**
Autre à préciser :

La personne est-elle informée de la demande ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**

Accepte-t-elle que sa situation soit évoquée en commission pluri-partenaire ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**

Hospitalisation récente **Hospitalisations fréquentes**

Lieu d'hospitalisation si connu :

Maladie chronique, ALD, ou pathologie nécessitant un suivi médical très régulier ?
Oui **Non** **Je ne sais pas** **Demande en cours** **Nature :**

Demande d'APA ? **Existante** **En cours** **Non** **Je ne sais pas** **Autres aides à préciser :**

AIDES (PROFESSIONNELLES OU NATURELLES) DÉJÀ EN PLACE

Structure et/ou Nom de l'intervenant	Type d'intervention	Fréquence	En place depuis



AUTONOMIE

Refus d'aide professionnelle (opposition)

Difficultés dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, assurer ses transferts, aller aux toilettes...)

Difficultés dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, du linge, budget, des transports en commun et moyen de communication)

Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire celles qu'elle aimait faire, peur de sortir de chez elle...)



FAMILLE / SOCIAL

Perte de l'aidant

Epuisement ou souffrance de l'aidant (formel et informel)

Notion d'isolement (absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin)

Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance, et/ou de vulnérabilité

Situation conflictuelle (projet d'institution non partagé, cohabitation difficile,...)

Refus d'aide (de la personne ou de son entourage)



ENVIRONNEMENT / SECURITE

Accessibilité du logement

Encombrement du logement

Habitat inadapté (mobiliers inadéquats et/ou détériorés avec risque de chute et/ou d'accident domestique : gaz, tapis, escaliers, baignoire)

Insalubrité, logement indécents, ou indignes

Difficultés de cohabitation avec des animaux domestiques



SANTÉ

Chutes récentes

Récente souffrance exprimée (psychique ou physique)

Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)

Troubles du comportement (déambulation, agressivité, errance, ...)

Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat...)

Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir)

Symptôme physique (essoufflement même au repos, perte d'équilibre,...)

Troubles addictifs

Refus de soins (opposition)

Grabatisation récente (plaies, baisse de mobilité,...)

Difficultés dans la gestion des médicaments

Perte d'autonomie récente

Difficultés de mobilité



ECONOMIE / ADMINISTRATIF

Droits communs non ouverts (sécurité sociale, mutuelle, allocation personnalisée au logement, retraite, ...)

Difficulté dans la gestion administrative (ne trie plus les papiers, relances, impayés, dettes locatives, ...)

Difficultés financières (crédits, dettes, surendettement)



COMMENTAIRES

Commission d'orientation du : / /

CLIC CLIC EMED Evaluation CLIC/GDC Autre :

Professionnel sollicité :