

Date de la demande :

Bénéficiaire

M Mme **Nom d'usage** : **Nom de naissance**.....
Prénom : **Né(e)le** : / / **Age** :
Adresse:.....
Code postal :
Commune :
Coordonnées :

Consignes particulières pour la prise de contact (ex : personne malentendante, horaires d'appel ou de visite spécifiques) :

Situation :

marié(e) veuf(ve) célibataire divorcé(e) séparé(e) pacsé(e) Concubin(e)
 Nb enfants :

Vit :

seul(e) en famille avec un conjoint avec un enfant
 Avec entourage (liens) :
 Avec animal de compagnie :

Logement :

maison appartement propriétaire locataire En milieu rural En milieu urbain

Précisions (Etage, ascenseur, nombre de marches):

Suivi des démarches : Contacter la personne elle-même en priorité
 Contacter la personne ressource

GIR si connu :

Personne à contacter :

Lien (professionnel, famille, voisinage) :
NOM Prénom :
Coordonnées :

Contexte de la demande

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant | <input type="checkbox"/> Liste d'attente pour une entrée en EHPAD |
| <input type="checkbox"/> Indisponibilité de l'aidant | <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Isolement social | <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Isolement géographique | <input type="checkbox"/> Refus de soins |

.....

FICHE D'ORIENTATION

Dispositifs intervenants à domicile

- HAD SSIAD SAAD Plateforme de répit DAC Equipe mobile
 Autres - Précisions

Coordonnées du rédacteur de la fiche

- Aidant Bénéficiaire lui-même ou Professionnel : Libéral Structure
 Nom Prénom :
 Fonction : Structure :
 Service/unité :
 Téléphone(s) : Mail(s) :

Si Volet 2

- Prise en charge** : PCH AAH APA Caisse de retraite
Si en cours date de la demande :
Médecin traitant : Oui Non Ne sait pas **Informé de la demande** : Oui Non NSP
Nom Prénom :
Adresse :
Coordonnées :

Mesure de sauvegarde Oui Non Ne sait pas
Date de mise en place et durée :
Mesure protection juridique : Oui Non Ne sait pas
Type de mesure : Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
Date de mise en place et durée :
Habilitation familiale : Oui Non Ne sait pas En cours
Nom du mandataire / représentant légal :
 Privé Associatif Familial
Adresse :
Coordonnées :

Mandat de protection future Oui Non
Directives anticipées Oui Non

Dossier Via Trajectoire renseigné Oui Non **Si oui, n° dossier**
Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ? Oui Non
 Hébergement Temporaire Hébergement Temporaire Urgence

Information dispositif CRT

- Le/La bénéficiaire donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?
 Oui Non
 Le représentant légal et/ou aidant donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?
 Oui Non