Centre de Ressources Territorial
Saintonge
ATASH

FICHE D'ORIENTATION

Centre de Ressources Territorial Saintonge-ATASH

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Adresseur

Structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Particulier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées téléphoniques et mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien avec le bénéficiaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne concernée

Civilité : ☐ M ☐ Mme

Nom d'usage : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Né(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Age : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Consignes particulières pour la prise de contact : (personnes malentendantes, horaires d'appel ou de visites spécifiques) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation :

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ divorcé(é) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e)

Nb d'enfants : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Vit : ☐ seule ☐ en famille ☐ avec un conjoint ☐ avec un enfant

Avec entourage (lien) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avec un animal de compagnie ☐ Oui ☐ Non Si oui, quel type ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etes-vous propriétaire ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous un véhicule ? ☐ Oui ☐ Non Conduisez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous les transports en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ En cours

Nom du mandataire / Représentant légal :

☐ Privé ☐ Associatif ☐ Familial

Coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de mesure : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Ne sait pas

Habilitation familiale : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ En cours

Ressources : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne à contacter pour l'obtention d'information complémentaires

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Téléphone/mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Contexte de la demande

☐ Epuisement de l'aidant

☐ Isolement social

☐ Perte d'autonomie

☐ Troubles cognitifs

☐ Sortie d'hospitalisation

☐ Refus de soin

☐ Logement inadapté

☐ Liste d'attente pour une entrée en EHPAD

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du CRT ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médical

GIR si connu : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Antécédents médicaux : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi médical : ☐ Oui ☐ Non

Gestion médicamenteuse : ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Informé de la demande : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Nom/Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de sécurité social : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non CMU/CSS: ☐ Oui ☐ Non ALD : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un espace santé numérisé ? (carnet de santé numérisé) : ☐ Oui ☐ Non

*__Personne de confiance__ :

Nom/Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Lien de parenté (professionnel, famille, voisinage) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*__Directives anticipées__ : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Dispositifs intervenants

Intervenants Médicaux et auxiliaires médicaux

Type	**Contact et coordonnées**	**Démarches/Fréquences Périodes d'intervention**
Médecin Spécialiste	Nom : …… Tel : …… Mail : ……	
IDEL	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
HAD	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
SSIAD	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
SAAD	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
KINE	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
Psychologue/CMP	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
ESA	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	
Autres	Nom : ……Tel : …… Mail : ……	

Intervenants Sociaux et médico-Sociaux

Type	**Contact et coordonnées**	**Démarches/Fréquence Période d'intervention**
APA	Nom : ……Tel : …… Mail :……	Dossier : *oui *non *en cours GIR
CCAS	Nom :……Tel : …… Mail : ……	Portage des repas : oui / non Plan d'intervention : oui/non/en cours
MDPH	Nom :……Tel : …… Mail :……	Dossier : oui/non/en cours
Assistante sociale	Nom :……Tel : …… Mail : ……	
Autres	Nom :……Tel : …… Mail :……	

Critères d'éligibilité (Cadre réservée à l'équipe du CRT)

Demande concernant :

<u>Volet 1</u> : Action favorisant le maintien à domicile

Personnes âgées de plus de 60ans
Résidant dans le territoire du CRT
Précarité sociale, financière et environnementale
En situation d'isolement
Epuisement de l'aidant

<u>Volet 2</u> : Suivi renforcé à domicile

Personnes âgées de plus de 60 ans
GIR 1 à 4
Résidant dans le territoire d'intervention
Bénéficier d'un accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile (et considéré comme insuffisant pour le maintien à domicile)
Pathologie chronique
Troubles cognitifs avec mise en danger de la personne ou de son entourage
Situation nécessitant des adaptations matérielles et de l'habitat
En liste d'attente pour une entrée en EHPAD
Précarité sociale, financière, environnementale
Epuisement de l'aidant
En situation d'isolement
Incapacité à alerter
Chutes multiples
Refus de soin

Validation de l'admission

Coordinatrice
Date : ……
Signature

Médecin Coordinateur ou la Direction
Date : ……
Signature

Centre de Ressources territoriale **SAINTONGE-ATASH**
21 rue des Ecoles- 17600 CORME-ROYAL
Tél : 06 64 33 86 75/email : crt@atash.fr

Le CRT Centre de Ressources Territorial, collecte des informations à caractère personnel vous concernant par le biais de cette fiche, afin de FINAITES. Ces informations feront l'objet d'un traitement par le service administratif et médical. Vous bénéficiez des droits issus du RGPD et de la Loi Informatique et Libertés, notamment les droits d'accès et de rectification. Pour en savoir plus ou pour exercer vos droits, merci d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données de BLOCKPROOF par mail : dpo@atash.fr