

FICHE D'ORIENTATION DU VAR

Emetteur de la demande

Date :

Nom :

Prénom :

Service / Fonction / Qualité :

Tel :

Mail :

Identité de la personne concernée

Nom d'usage :

Adresse :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

Tel :

Date de naissance :

Mail :

Ville de naissance :

Département de naissance :

Famille/Aidant à contacter :*Vit seul*

Nom :

Lien :

Tel :

Adresse :

Mail :

La personne est informée de l'orientation et accepte que les informations recueillies soient transmises aux partenaires

Motif de la demande :

Aides existantes (précisez le nom du service)

 Médecin traitant : Médecin spécialiste :

Nom :

Nom :

Tel :

Tel :

Mail :

Mail :

 IDEL : Service aide à domicile :

APA :

 SSIAD:

Réfèrent social :

Pharmacien:

 Téléalarme Caisse Retraite HAD : Portage de repas MDPH Autres ESA Mesure de Protection

Accueil de jour :

Préciser :

CRITERES DE FRAGILITE

Domaine de la Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisation (récente, en urgence) si oui : date et motifs :
- Problème d'autonomie décisionnelle** (problème de mémoire, risque d'abus de faiblesse, difficultés de protection de soi)
- Problème de comportement (déambulation, agressivité...)
- Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe...)
- Risque de chute, chute Prise de médicaments supérieure à 5
- Dépression (pleurs) Problème de nutrition (perte de poids, perte d'appétit)

Commentaires :

Domaine de l'autonomie fonctionnelle

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie** (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, aller aux toilettes)
- Problèmes dans les activités de la vie domestique** (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge, des médicaments, des moyens de communication...)

Commentaires :

Domaine familial et environnemental

- Epuisement et/ou absence de l'aidant**
- Isolement social ou familial
- Refus d'aide et de soin (de la personne ou de son entourage)
- Aides et soins insuffisants ou inadaptées au domicile

Commentaires :

Domaine de l'habitat

- Logement inadapté à la perte d'autonomie (accessibilité, vétusté, insalubrité)
- Isolement géographique

Commentaires :

Domaine des aspects économiques et/ou administratifs

- Difficultés dans la gestion administrative et financière (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, factures impayées, carte de retrait invalidée...)
- Perte ou difficulté d'accès aux droits
- Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Commentaires :

Professionnel(s) / Structure(s) destinataire(s) de la demande :

Type de structure :

Cocher cette case s'il s'agit d'une demande Réseau soins palliatifs

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA REPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur : Date :

Demande validée : OUI NON En attente

Intervention envisagée le : Par (nom et fonction du professionnel) :

ou Réorientation vers :

Copie envoyée à la MAIA / PTA

Maia Var Estérel : maia.pilote@ajl.asso.fr

Maia Bassin Hyérois : cduffaud@fondationcos.org

Maia Littoral Ouest Var : maialov@ccas-toulon.fr

Maia Provence verte : s.morat-maiapvaa83@orange.fr

Maia Dracénie : catherine.certari@ch-draguignan.fr

PTA Var Est : contact@ctavarest.fr / cta@paerpa83.mssante.fr / Fax : 04.94.39.40.38 / Tel : 04.94.47.02.02

PTA Var Ouest : ptavarouest@fondationcos.org / Tel : 04 94 35 32 01