

FICHE D'ADRESSAGE

Date de la demande :

DEMANDEUR	PERSONNE CONCERNÉE / BÉNÉFICIAIRE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Fonction/Qualité :	Date de naissance ou âge :
Structure ou statut : (professionnel, aidant).....	Adresse :
Téléphone :	Ville :
Courriel :	Téléphone :
	Vit : ☐ seul(e) ☐ en famille ☐ avec un aidant
	Consignes pour la prise de contact : (préciser des horaires d'appel/visite, si malentendante...).....

Personne concernée

Logement : ☐ maison ☐ appartement ☐ propriétaire ☐ locataire ☐ en milieu rural ☐ en milieu urbain

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

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas **Informé de la demande :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Nom : **Commune :**

Coordonnées :

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

Si oui, nom du mandataire : ☐ Privé ☐ Associatif ☐ Familial

Coordonnées :

Type de mesure : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale

Aidant principal / personne ressource :

Nom: Lien : Tél :

Entourage/Aidants :

Nom: Lien : Tél :

Nom: Lien : Tél :

Nom: Lien : Tél :

Services et professionnels en place connus

Service / professionnels	Coordonnées
Aides ménagères :	
Portage repas :	
Téléalarme :	
SSIAD :	
SAAD :	
Infirmier libéral :	
Professionnel libéral :	
Autres :	

Contexte de la demande

Origine de la demande et raisons	Fragilités et problématiques connues
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Éléments d'autonomie :

Taille		Poids		Amaigrissement récent	Oui	Non		
Risque de chute	Oui	Non	Risque de fausse route	Oui	Non	Soins palliatifs	Oui	Non
Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle :			Visuelle			Kinésithérapie		
Si oui, précisez si elle est en cours de sevrage :			Auditive			Si oui, précisez laquelle :		
			Gustative			Orthophonie		
			Olfactive			Autre :		
			Vestibulaire					
			Tactile					

Données sur l'autonomie fonctionnelle	A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)			
Déplacement	à l'intérieur		
	à l'extérieur		
Toilette	Haut		
	Bas		
Elimination	Urinaire		
	Fécale		
Habillage	Haut		
	Moyen		
	Bas		
Alimentation	Se servir		
	Manger		
Alerter			
Gestion du ménage			
Gestion des achats			
Transports			
Orientation	Temps		
	Espace		
Cohérence	Communication		
	Comportement		

Symptômes comportementaux et psychologiques	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité, instabilité		
Comportement moteur aberrant :		
- Déambulation pathologique		
- Gestes incessants		
- Risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Orthèse (si oui précisez quel type)		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		

GIR (si connu) :

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.