

FICHE D'ORIENTATION PARCOURS PERSONNES AGEES

Atteintes du COVID-19

Toutes les données sont susceptibles de ne pas être renseignées.

Pour les personnes vivant sous le même toit, remplir une fiche par personne et le mentionner dans les informations complémentaires

DATE DE LA DEMANDE : .../.../.....

DATE DE LA RECEPTION : .../.../..... (à renseigner par la MAIA)

CONCERNANT	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE
Nom :	Prénom :		Nom :
<i>Nom de jeune fille :</i>			Prénom :
Date et lieu de naissance :			Fonction/Qualité :
Téléphone/Mail :			Structure :
Adresse :			Téléphone/Mail :
Vit seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

.....

.....

INFORMATION/CONSETEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Est-elle informée de l'orientation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi :
Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi :

ENTOURAGE / ANTICIPATION

Personne à contacter Lien avec la personne :	Nom : Prénom :	Tél : Mail :
Représentant légal Statut <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom : Prénom : Tél : Mail :
Personne de confiance Directives anticipées Mandat de protection future	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom : Prénom : Tél : Mail :

ACCOMPAGNEMENT POUR L'AUTONOMIE

Services en place*	<input type="checkbox"/> Aides à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
APA	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Oui GIR : Nb d'heures du plan d'aide :
PCH	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures du plan d'aide :

LISTE DES PROFESSIONNELS EN PLACE*

Fonction et Structure (IDE, A.Social, SAAD, Kiné...)	NOM et Prénom	Tél/ Mail	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			

