

# Fiche de demande de prise en charge - #solidaritédomicile

Date de la demande : \_\_\_\_\_ La personne concernée a-t-elle été informée de la transmission d'informations ? :  oui  non  NSP

## Professionnel ou acteur qui établit la fiche de demande prise en charge

Nom de la structure : \_\_\_\_\_ Type de structure : \_\_\_\_\_  
Nom du professionnel/qualité : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

## Identification de la personne concernée

Civilité : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Bât/Hall/Porte/Esc : \_\_\_\_\_ Étage : \_\_\_\_\_ Code(s) : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

## Personne ressource à contacter

oui  non  NSP

Lien (professionnel, famille, voisinage, tuteur...) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

## Médecin traitant

oui  non  NSP

Médecin informé de la demande :  oui  non  NSP

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

## Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) intervenant(s) connu(s)

Type et nom de la structure	Nom du professionnel/Téléphone	Intervention mise en place
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP

## Droits de la personne concernée

APA :  en place  demande faite  à envisager    GIR (préciser) : \_\_\_\_\_    PCH :  en place  demande faite  
 Caisse de retraite – Préciser laquelle : \_\_\_\_\_

## Hospitalisation

En cours    Lieu d'hospitalisation (nom de l'hôpital et service, @, ☎) : \_\_\_\_\_  
Motif(s) : \_\_\_\_\_  
Sortie prévue :  oui  non    Date : \_\_\_\_\_    Lieu de sortie : \_\_\_\_\_  
 Récurrent    Motif(s) : \_\_\_\_\_

## La personne concernée a-t-elle un handicap connu

oui  non  NSP

Handicap moteur     Handicap visuel  
 Handicap psychique     Handicap auditif  
 Handicap mental     Polyhandicap  
 Troubles du spectre de l'autisme     Traumatisme crânien

## Analyse Multidimensionnelle de la situation de la personne à prendre en charge (Plusieurs critères peuvent être cochés)

- « **Domaine de la santé** » (physique et psychologique)
- Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant)
  - Mauvais état de santé et/ou épuisement ressenti par la personne
  - Symptômes physiques (essoufflement même au repos, pertes d'équilibre, chutes, plaies, baisse de la mobilité)
  - Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou dans l'espace, déni de la maladie)
  - Troubles de comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, désinhibition...)

- Troubles nutritionnels (perte ou prise de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
- Troubles psychiques (anxiété, tristesse, troubles de l'humeur, idées suicidaires, troubles du sommeil...)
- Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat...)
- Conduites addictives
- Maladies chroniques ou évolutives (problèmes cardiaque, respiratoire, allergique, diabète...)

**« Domaine de l'autonomie fonctionnelle » (vie quotidienne)**

- 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 domestiques (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge...)
- Problèmes dans les activités quotidiennes (baisse ou arrêt des activités personnelles, professionnelles, de loisirs...)

**« Domaine familial et environnemental – Sécurité individuelle »**

- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant (manque de temps personnel, difficultés à suivre les aides en place...)
- Isolement problématique (décès de l'aidant, changement brutal du contexte de vie, absence ou fragilité des liens...)
- Problématique compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, cohabitation difficile...)
- Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance (physique ou psychologique, négligence...)
- Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)
- Difficultés de communication (ne parle pas/plus le français, ne le comprends pas/plus, ne le lit pas/plus...)

**« Domaine de l'habitat »**

- Habitat inadapté (SDB, WC inadaptés, mobilier inadapté et/ou détérioré avec risque de chutes : gaz, tapis, esc...)
- Insalubrité / Vétusté / Appartement encombré...
- Problème d'accessibilité du logement (pas d'ascenseur...)
- Risque d'expulsion, mesure d'expulsion en cours

**« Domaine des aspects économiques et/ou administratifs »**

- Difficultés/incapacité dans la gestion courante (ne gère plus les documents administratifs : factures, banque...)
- Perte ou difficulté d'accès aux droits
- Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

**Motif(s) de la demande de prise en charge / problématique(s) repérée(s)**

Motif A :

Motif B :

Motif C :

Commentaires :

**Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) destinataire(s) de la demande de prise en charge**

Motifs	Type de structure recherchée
A	
B	
C	

## CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA RÉPONSE

### *Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur*

Date de la réponse :

Nom de la structure :

Prise en charge :  Validée  Invalidée  En attente Motif :

Intervention envisagée le/à compter du :

Par (nom et fonction du professionnel) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.