

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour PERSONNE ACCOMPAGNÉE PROCHE AIDANT

Contact pris auprès

- Personne accompagnée Mme/M
- Intervenant Mme/M
- Enfant Mme/M
- Proche aidant Mme/M
- Lien avec la personne accompagnée*
- Médecin traitant Dr
- Autre Mme/M
- Lien avec la personne accompagnée*

Action(s) / Aide(s)	Proposée(s)	Acceptée(s)	Mise(s) en place
---------------------	-------------	-------------	------------------

<input type="checkbox"/> Augmentation des heures/modification du plan d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement des horaires de passage des intervenants (soignants, AVS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Instauration de services de soins (infirmiers, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aide technique (lève-malade, canne, déambulateur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adaptation du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Impact sur le projet personnalisé

Aucun

Vigilance

Réajustement

Demande d'APA Initiale

Révision

Dossier traité le



OUTIL DE REPÉRAGE DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE OU DE SON AGGRAVATION¹

2018

À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE²

Personne accompagnée n^{o3} :

Âge ans

Outil de repérage complété par

Fonction

En date du

Outil de repérage transmis le

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres

¹ **Attention** : avant toute utilisation de l'outil, les organismes gestionnaires doivent s'acquitter de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment concernant les droits d'accès, d'opposition et de rectification des personnes visées en application de la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.

² Urgence = état de santé qui se dégrade brutalement, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial. En cas d'urgence, appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 15).

³ Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que des tiers ne puissent pas identifier les personnes concernées. **Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro du dossier de la personne.**

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

J'interviens chez la personne pour faire / l'aider à faire	Cochez si OUI	Cochez si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette / l'habillement / le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation / la prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ménage / le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties / les courses / les RDV extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à	Cochez si OUI
La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.)	<input type="checkbox"/>
La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	

Vos commentaires éventuels :

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

J'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour le proche aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

J'observe que la personne accompagnée / son proche aidant	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour son proche aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins / a maigri / s'hydrate moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de solitude, de manque d'argent, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent plus fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble plus triste, exprime moins d'envie ou n'a plus envie de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur / Se sent angoissé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est plus agressif (ve) / Se sent persécuté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consomme plus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ouvre plus les volets / vit dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		