FICHE D'ORIENTATION
Centre de Ressources Territorial Sud Essonne

Date de la demande :

Demande réalisée pour :

☐ Bénéficiaire ☐ Aidant – Si aidant, nom et prénom du bénéficiaire :……

PERSONNE CONCERNEE

Civilité ☐ M ☐ Mme **Nom d'usage** :…… **Nom de naissance** : ……
Prénom :……**Né(e) le** : ……./……./…… **Age** : ……
Adresse : ……
Code postal : …… **Commune** : ……
Téléphone(s) : ……
NIR : ……

- **Personne à contacter :**

NOM Prénom :……**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : ……
Téléphone(s) : …… Courriel :……

Consignes particulières pour la prise de contact (ex : personne malentendante, horaires d'appel ou de visite spécifiques) : ……

Situation : ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e)
Nombre enfants : ……
Vit : ☐ seul(e) ☐ en famille ☐ avec un conjoint ☐ avec un enfant
☐ Avec entourage (liens) : ……
☐ Avec animal de compagnie : ……

- **Logement** : ☐ maison ☐ appartement ☐ propriétaire ☐ locataire

☐ En milieu rural ☐ En milieu urbain **Etage :** …… **Code :**……

- **Suivi des démarches :** ☐ Contacter la personne elle-même en priorité ☐ Contacter la personne ressource / l'aidant

COORDONNEES DU REDACTEUR DE LA FICHE

☐ Aidant ☐ Bénéficiaire lui-même ou ☐ Professionnel : ☐ Libéral ☐ Structure
Nom Prénom : ……
Fonction : …… Structure : ……
Service/unité : ……
Téléphone(s) : …… Mail(s) : ……

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Epuisement de l'aidant
☐ Indisponibilité de l'aidant
☐ Isolement social
☐ Isolement géographique
☐ Liste d'attente pour une entrée en EHPAD
☐ Sortie d'hospitalisation
☐ Perte d'autonomie
☐ Refus de soins

……
……
……
……
……
……

- **Hébergement** :

Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, n° dossier …… **Pour quel EHPAD ?** ……
Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ? ☐ Non ☐ Oui : ☒ HT ☐ HTU

Centre de Ressources Territorial Sud Essonne
26 Rue du Vivier– 91750 CHAMPCUEIL
Tél : 06 58 82 36 92 / 01 64 99 76 08 / e.mail : crtsudessonne@korian.fr

FICHE D'ORIENTATION
Centre de Ressources Territorial Sud Essonne

- **Mesure de protection juridique** : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ En cours

Nom du mandataire /Représentant légal : ……
☐ Privé ☐ Associatif ☐ Familial
Coordonnées : ……
……
Type de mesure : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Ne sait pas
Habilitation familiale : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Ne sait pas

DISPOSITIFS INTERVENANTS

Intervenants Médicaux et auxiliaires médicaux		
Type	**Contact et coordonnées**	**Démarches/Fréquence Période d'intervention**
☐ Médecin Spécialiste	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ IDEL	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ HAD	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ SSIAD	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ SAAD	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ Kiné	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ Psychologue / CMP	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ ESA	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ EMS	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ AUTRES	Nom : ……Tel :…… Mail :……	

Intervenants Sociaux et médico-Sociaux		
Type	**Contact et coordonnées**	**Démarches/Fréquence Période d'intervention**
☐ APA	Nom : ……Tel :…… Mail :……	Dossier : ☐ oui ☐ non ☐ en cours GIR :
☐ CLIC	Nom : ……Tel :…… Mail :……	Préciser la problématique de l'accompagnement :
☐ CCAS	Nom : ……Tel :…… Mail :……	Portage des repas : ☐ oui ☐ non Aide sociale : ☐ oui ☐ non Suivi social : ☐ oui ☐ non
☐ MDPH	Nom : ……Tel :…… Mail :……	Dossier : ☐ oui ☐ non ☐ en cours ☐ ATCP ☐ PCH ☐ RTPH ☐ Assistance scolaire ☐ Autre : ……
☐ Assistante Sociale	Nom : ……Tel :…… Mail :……	
☐ AUTRES	Nom : ……Tel :…… Mail :……	

Centre de Ressources Territorial Sud Essonne
26 Rue du Vivier– 91750 CHAMPCUEIL
Tél : 06 58 82 36 92 / 01 64 99 76 08 / e.mail : crtsudessonne@korian.fr

FICHE D'ORIENTATION
Centre de Ressources Territorial Sud Essonne

CRT Centre de ressources territorial pour les personnes âgées Sud Essonne

TRANSPORT

L'usager a-t-il besoin de bénéficier d'un service de transport ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
L'usager a-t-il un aidant disponible pour effectuer des déplacements ? : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

MEDICAL

GIR si connu : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

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

Nom Prénom : ..... **Commune** : .....
Coordonnées : .....

- **Personne de confiance :**

NOM Prénom :.....**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : .....
Téléphone(s) : ..... Courriel :.....

- **Directives anticipées :** ☒ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

CHAMP D'ALERTE	PROBLEMATIQUES CONNUES
SANTÉ *(donnée et comportement)*	☐ Polypathologie/Pathologie non stabilisée/ALD (*Cancer, AVC, neurodégénérative, insuffisance organique, BPCO…)* / Handicap ☐ Phase aigüe (*évènement brutal ayant une répercussion importante sur le parcours de santé)* ☐ Troubles cognitifs /troubles du comportement Bilan Gériatrique : ☐ Oui ☐ Non IRM Cérébral : ☐ Oui ☐ Non ☐ Difficulté / incapacité de gestion du traitement ☐ Hospitalisations à répétition Date de la dernière hospitalisation :..... ☐ Perte de poids /perte d'appétit ☐ Refus de soins /déni (de la personne) ☐ Renoncement aux soins ☐ Absence de médecin traitant /absence de suivi médical /nomadisme ☐ Difficulté / incapacité de gestion des rendez-vous médicaux ☐ Autre
AUTONOMIE FONCTIONNELLE	☐ Difficultés dans les actes de la vie quotidienne (*se laver, s'habiller, s'alimenter…)* ☐ Difficultés dans les activités de la vie domestique (*repas, courses, entretien…)* ☐ Difficultés de mobilité et risque de chute (*déplacement, transfert*) ☐ Altération de la capacité décisionnelle (*décision non adaptée, mise en danger*)
ENVIRONNEMENT DE VIE	☐ Problématiques liées au logement (*besoin de sécurisation, d'adaptation*) ☐ Alertes liées au logement *(gaz, chauffage, salle de bains, escaliers/marches…)* ☐ Présence problématique d'animaux domestiques
SITUATION ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE	☐ Situation financière problématique ☐ Gestion administrative défaillante ☐ Difficultés d'accès aux droits ☐ Mesure de protection à envisager
ASPECTS SOCIAUX ET FAMILIAUX	☐ Absence de ressources (*famille, entourage, voisinage*) ☐ Difficulté d'adaptabilité de l'entourage, risque d'épuisement des aidants ☐ Absence de vie sociale (*activités, loisirs, interactions*), isolement

INFORMATION DISPOSITIF CRT

L'information relative au CRT a été donnée au bénéficiaire ? ☐ Oui ☐ Non

Centre de Ressources Territorial Sud Essonne
26 Rue du Vivier– 91750 CHAMPCUEIL
Tél : 06 58 82 36 92 / 01 64 99 76 08 / e.mail : crtsudessonne@korian.fr

FICHE D'ORIENTATION
Centre de Ressources Territorial Sud Essonne

Le bénéficiaire donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ? ☐ Oui ☐ Non
Commentaire du bénéficiaire relatif au dispositif : ……
……
……
Adhésion de l'aidant proche ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre :

Commentaire :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

CRITERES D'ELIGIBILITE (Cadre réservé aux membres de l'équipe du CRT)

Demande concernant :

☐ **Volet 1 : Actions favorisant le maintien à domicile**

☐ Personne âgée de plus de 60 ans
☐ Résidant dans le territoire du CRT
☐ En liste d'attente pour une entrée en EHPAD
☐ En situation d'isolement
☐ Pathologie chronique
☐ Epuisement de l'aidant

☐ **Volet 2 : Suivi ren**forcé **à domicile**

☐ Personne âgée de plus de 60 ans
☐ GIR 1 à 4
☐ Résidant dans le territoire d'intervention du volet 2
☐ Dépendance nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire
☐ Troubles cognitifs avec mise en danger de la personne ou de son entourage
☐ Situation nécessitant des adaptations matérielles et de l'habitat
☐ En liste d'attente pour une entrée en EHPAD
☐ Epuisement de l'aidant

Validation de l'admission

Coordinatrice	**Médecin**
Date : ……	Date : ……
Signature :	Signature :

Centre de Ressources Territorial Sud Essonne
26 Rue du Vivier– 91750 CHAMPCUEIL
Tél : 06 58 82 36 92 / 01 64 99 76 08 / e.mail : crtsudessonne@korian.fr