

**FICHE D'ORIENTATION Volet 1 et 2**  
**CRT Cœur du Bourbonnais**

Date d'envoi :

Demande concernant :

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

**Volet 2 : Suivi renforcé à domicile**

Demande réalisée pour :

Bénéficiaire  Aidant – Si aidant, précisez prénom et nom bénéficiaire : .....

**Personne concernée**

**Coordonnées :**

**Civilité**  M  Mme **Nom d'usage** : ..... **Nom de naissance** : .....

**Prénom** : ..... **Né(e) le** : ...../...../..... **Age** : .....

**Adresse** : .....

**Code postal** : ..... **Commune** : .....

**Téléphone(s)** : ..... **Email** : .....

**Consignes particulières pour la prise de contact** (indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite...) : .....

**Situation** :  marié(e)  veuf(ve)  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  pacsé(e)  concubin(e)

Nb 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** : .....

**Suivi des démarches** : contacter la personne elle-même en priorité

**Personne(s) ressource :**

1) **Lien** (professionnel, famille, voisinage) : ..... **NOM Prénom** : .....

**Contacts** : .....

2) **Lien** (professionnel, famille, voisinage) : ..... **NOM Prénom** : .....

**Contacts** : .....

**Personne de confiance :**

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

**Contacts** : .....

**Contexte de la demande (origine de la demande et raisons)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Professionnel complétant la demande (coordonnées du rédacteur de la fiche)**

**Exercice** :  Libéral  Structure **Nom Prénom** : .....

**Fonction** : ..... **Structure** : .....

**Service/unité** : .....

**Téléphone(s)** : ..... **Mail(s)** : .....

## FICHE D'ORIENTATION Volet 1 et 2 CRT Cœur du Bourbonnais

### Si Volet 2 : Les besoins et problématiques repérées

**Santé :**

- Absence de suivi médical
- Absence de médecin traitant
- Problématique de nutrition / modification poids
- Hospitalisations répétées
- Problèmes de mémoire
- Déficience sensorielle (auditive, visuel...)
- Comportement (agitation, repli sur soi...)
- GIR si connu : .....
- Autre : .....

**Autonomie fonctionnelle :**

- Difficultés pour les actes de la vie quotidienne
- Difficultés pour les activités domestiques
- Chutes fréquentes
- Autre : .....

**Sécurité de la personne et de son environnement**

- Besoin d'adapter le logement

- Volonté de l'utilisateur de rester chez lui
- Isolement géographique  
(Difficultés accès services et commerces proximité)
- Autre : .....

**Aspects familiaux et sociaux :**

- Vit seul(e)
- Aidant absent
- Aidant en difficulté
- Etat de santé de l'aidant dégradé
- Absence de réseau familial
- Refus d'aide ou d'interventions de professionnels
- Autre : .....

**Aspects économiques et administratifs**

- Mesure de protection
- Aides mises en place

### Si Volet 2 : Services et professionnels en place connus

- Prise en charge :**  PCH  APA  Caisse de retraite  Oui  Non  En cours  Envisagée
- Médecin traitant :**  Oui  Non  Ne sait pas **Informé de la demande :**  Oui  Non  Ne sait pas
- Nom Prénom :** ..... **Commune :** .....
- Coordonnées :** .....
- Mesure de protection juridique :**  Oui  Non  Ne sait pas  En cours
- Nom du mandataire :** .....  Privé  Associatif  Familial
- Coordonnées :** .....
- Type de mesure :**  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  Sauvegarde de justice
- Hébergement :**
- Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ?**  Oui  Non
- Si oui, n° dossier** ..... **Pour quel EHPAD ?** .....
- Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ?**  Oui  Non

**Autres services ou professionnels :**

Service / professionnel (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage repas...)	Coordonnées
Aides ménagères :	
Portage repas :	
Téléalarme :	
SSIAD :	
SAAD :	
Infirmier libéral :	
Professionnel libéral :	
Autres :	

**FICHE D'ORIENTATION VOLET 1 et 2**  
**CRT Cœur du Bourbonnais**

**Les activités souhaitées**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Les disponibilités de la personne**

Lundi :  
Mardi :  
Mercredi :  
Jeudi :  
Vendredi :  
Week-end :

**Besoin en termes de déplacement**

L'utilisateur a-t-il besoin de bénéficier d'un service de transport ?

L'utilisateur a-t-il un aidant disponible pour effectuer des déplacements ?

**Régime alimentaire**

.....

.....

.....

**Information dispositif CRT**

L'information relative au CRT Cœur du Bourbonnais a été donnée à l'utilisateur ?  Oui  Non

L'utilisateur donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?  Oui  Non

Commentaire de l'utilisateur relatif au dispositif CRT : .....

Adhésion de l'aidant proche ?  Oui  Non  Autre :