 

**FICHE D’ORIENTATION**

**en Commission de Concertation et d’Orientation Clinique (CCOC)**

***Pour les personnes âgées de 60 ans1 en situation complexe à domicile***

***en l’absence de situation médicale aigüe ou de crise***

*Cette fiche, à disposition des professionnels, permet de décrire la situation d’une personne âgée de plus de 60 ans qui apparaît complexe et/ou bloquée, afin qu’elle soit présentée et discutée en pluridisciplinarité, au sein d’une CCOC.*

***Prière de transmettre la présente fiche à :*** **contact@rsv84.fr** **ou contacter le 04.84.512.512**

[ ]  **Secteur d’AVIGNON & COMMUNES ALENTOURS**

135 avenue Pierre Sémard – MIN Bât. H2 2e étage

84000 AVIGNON

**[ ]  Secteur de CARPENTRAS-SAULT**

Bâtiment HELICIMO Clinique Synergia

Rond point de l’Amitié

84200 CARPENTRAS

[ ]  **Secteur du** **HAUT VAUCLUSE**

143 allée Ambroise Croizat

84100 ORANGE

[ ]  **Secteur du** **SUD VAUCLUSE**

62 rue Marcassin

84300 CAVAILLON

**Date de la demande :**

**Identité de la personne : \* champs obligatoires**

|  |  |
| --- | --- |
| Monsieur [ ]  Madame [ ]   | **Nom Usuel et Prénom\* :**       |
| **Nom de naissance\*** :       |
| **Date de naissance\***:       | Age :     ans | **Commune de naissance\*** :       |
| ***Si elle est en votre possession, merci de joindre la photocopie de la carte d’identité*** |
| Numéro de Sécurité sociale : |       |
| **Adresse** :            |
| Téléphone fixe :       | Téléphone portable :       |
| Situation à domicile : [ ]  Seule[ ]  Avec une/des personne(s) 🡺 Statut :       |
| Entourage : Personne isolée [ ]  Présence aidant(s) [ ]  🡺 Statut :       |
| Médecin Traitant :       Tél :       |
| Cabinet infirmier :       Tél :       |
| Mesure de protection :       Tél MJPM :       |
| **Personne(s) ressource(s) à contacter en priorité :**Nom, prénom :      Adresse :      Lien avec l’usager :      Téléphone :      Adresse mail :       |
| **Dispositifs et/ou services existants connus ou déclarés** (APA, Aide Sociale, SAAD, SSIAD, portage de repas, téléalarme…) **:**                               |

**Partenaire(s) adressant la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| Structure/Service 1 :       | Structure/Service 2 :       |
| Nom-Prénom :       | Nom-Prénom :       |
| Adresse mail :       | Adresse mail :       |
| Tél :        | Tél :       |

***(1) ou aux personnes de moins de 60 ans souffrant d’une maladie d’Alzheimer ou apparentée, d’une maladie de Parkinson ou d’une sclérose en plaques***

**1. Situation instable qui compromet le maintien à domicile**

|  |
| --- |
| **Problème d’autonomie fonctionnelle**[ ]  Problème dans les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation…)[ ]  Problème dans les activités domestiques (courses, ménage, préparer son repas, téléphoner…)[ ]  Marche et déplacements difficiles |
| **Problème relevant du champ paramédical**[ ]  Instabilité de l’état de santé[ ]  Mauvais état de santé ressenti (malaise, essoufflement même au repos…)[ ]  Problème de mémoire et de désorientation (temps et espace)[ ]  Pathologies chroniques[ ]  Trouble(s) du comportement (repli sur soi, déambulation, tristesse, agressivité…)[ ]  Plaies et chutes récentes[ ]  Amaigrissement (difficultés à se nourrir, vêtements trop larges…)[ ]  Problèmes ou aggravation des troubles de l’audition / de la vue[ ]  Hospitalisations à répétition et non programmées |
| **Problème d’autonomie décisionnelle**[ ]  Difficulté dans la gestion courante (démarches administratives, gestion financière, décisions incohérentes…)[ ]  Perte ou difficulté d’accès aux droits (retraite, ADPA, ALD,…)[ ]  Risque ou suspicion d’abus/maltraitance/spoliation |

**2. Aides et soins insuffisants ou inadaptés**

|  |
| --- |
| [ ]  Absence de suivi médical[ ]  Refus d’aides humaines et techniques[ ]  Aides et soins insuffisants ou inadaptés |

**3. Pas d’entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins**

|  |
| --- |
| [ ]  Difficulté / incapacité de l’entourage à répondre au rôle d’aidant[ ]  Epuisement / risque d’épuisement de l’aidant et dégradation de sa qualité de vie[ ]  Problématiques ou désaccords familiaux[ ]  Insuffisance du réseau social |

**Autre critère : logement et environnement**

|  |
| --- |
| [ ]  Logement inadapté (accessibilité/aménagement)[ ]  Insalubrité du logement[ ]  Projet d’hébergement[ ]  Isolement géographique |

**Synthèse de la situation ou précisions :**

|  |
| --- |
|                                                         |

|  |
| --- |
| **Accord de la personne recherché pour :*** le partage d’information nécessaire entre professionnels : [ ]  Oui [ ]  Non
* l’accompagnement d’un gestionnaire de cas : [ ]  Oui [ ]  Non

**Obtenu de la personne, de sa personne de confiance ou de son MJPM** [ ]  Oui [ ]  Non |

Le DAC disposent de moyens informatiques destinés à faciliter la gestion et le suivi des visites des coordinateurs d’aides et de soins en gérontologie. Les informations enregistrées sont réservées à l’usage des services du DAC. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication, rectification ou suppression des informations la concernant en adressant une demande au DAC.