Une image contenant texte, Police, Graphique, logo

Description générée automatiquement 

**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**](mailto: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.