**RESEAU GERONTOLOGIQUE *FICHE SIGNALEMENT N° : …...***

**DATE du SIGNALEMENT :\_\_/\_\_\_/201\_\_ Signalé par :**

***CACHET (facultatif***

**Tél : 0596 \_\_\_\_\_\_ GSM : 0696 \_\_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**⮱ *Je déclare par ce signalement adhérer au Réseau Gérontologique***

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT**  **Nom** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénoms**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sexe** : masculin féminin  Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date naissance: \_\_\_\_/ \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ Tél**: 0596 \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **GSM :** 0696 \_\_\_\_\_\_\_\_  **Adresse** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_ Commune :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Statut marital :  Marié(e)  Célibataire  Veuf (ve)  Divorcé (e)  **NB : Le patient a été informé et donne son accord pour la transmission des documents relatifs à son état de santé** |
| **IDENTIFICATION REFERENTS**  **Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Lien de parenté :**  **conjoint**  **enfant**  **autre (préciser) :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Adresse** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code postal :\_\_\_\_\_\_\_\_\_commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tél** : 0596 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /0696\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Autre référent** : ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Lien de parenté/ autre :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tél** : 0596\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/**0696**\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ACCORD DU PATIENT OU DU REFERENT**  **Je donne mon accord pour la transmission des documents relatifs à mon état de santé aux professionnels du Réseau Gérontologique.**  **Signature** |
| ***NB : Pour tous les patients joindre les comptes rendu d’hospitalisation et/ou d’évaluation***  **INFORMATIONS MEDICALES**  **Pathologie(s):**  **Handicaps / Déficiences :**  **Médecin Traitant** : Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tél :** 0596\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **GSM :** 0696**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax :** 0596 |

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION ACTUELLE** | |
| **Aides à domicile : Oui Non**  Aide-ménagère  Garde à domicile  Portage de repas  Téléassistance  Soignants  IDE  Kiné  Orthophoniste  Aide-soignant  Autre : | Nom de l’assistante sociale :  Téléphone : |
| Consultation mémoire :  oui  non  Médecin : docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROTECTION JURIDIQUE** | |
| Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice  Responsable juridique : nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Observations : | |
| **DEMARCHES ADMINISTRATIVES** | |
| APA  PCH  AAH  Placement  Autres : | |
| **MOTIFS DU SIGNALEMENT**  Aides techniques :  Vérification d’une aide technique déjà en place  Demande d’évaluation des besoins en aide technique  Type : aide à la mobilité/ aux transferts/ à la toilette/ aux repas/ à la communication… :  Aménagement du logement :  Demande déjà en cours, à vérifier/ à finaliser.  Préconisations ergo à réaliser  Education thérapeutique/ Conseils :  Aide humaine, type :  Accompagnement constitution dossiers et démarches administratives  Coordination des soins  Evaluation des besoins en rééducation ergothérapique  Demande d’hébergement permanent ou temporaire  Autre demande : | |
| **OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |