**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 [ ] nonMédecin : 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**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |