

**FICHE D'ORIENTATION VERS LA GESTION DE CAS**

NOM / Prénom : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE(S) : .....

SEXE :  H  F      DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....**ORIGINE DE L'ORIENTATION**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Médecin autre   | <input type="checkbox"/> CLIC                | <input type="checkbox"/> Réseau de santé    |
| <input type="checkbox"/> APA/CG           | <input type="checkbox"/> SAAD            | <input type="checkbox"/> Infirmiers libéraux | <input type="checkbox"/> SSIAD              |
| <input type="checkbox"/> CCAS             | <input type="checkbox"/> Etabl. de santé | <input type="checkbox"/> MDS                 | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |

**Coordonnées (ou cachet) :**

NOM / ORGANISME : .....

TELEPHONE(S) : .....

MAIL : .....

**CRITERES D'ALERTES****Santé (y compris psychologique)**

- Problème mémoire (diagnostiqué ou non)
- Nutrition (insuffisance, inadaptation)
- Difficultés d'accès aux soins, rupture du parcours
- Poly pathologie instable
- Chutes
- Autre (précisez) :

**Environnement social et familial**

- Personne isolée
- Aidant fragilisé
- Autre (précisez)

**Sécurité individuelle et/ou environnementale**

- Incapacité à donner l'alerte
- Logement inadapté
- Autre (précisez) :

**Autonomie fonctionnelle**

- Difficultés à effectuer seul(e) les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage...)
- Difficultés à gérer les actes de la vie domestique (entretien, courses...)
- Difficultés à la mobilité
- Autre (précisez) :

**Aspects économiques et administratifs**

- Incapacité à gérer seul(e) son budget / ses papiers
- Droits sociaux non ouverts et incapacité de la personne ou de l'entourage à s'en occuper
- Autre (précisez) :

**Plan d'aide et besoins**

- Instabilité de la situation globale nécessitant des réajustements constants
- Echec partiel ou total de la mise en place des aides nécessaire
- Autre (précisez) :

