|  |  |
| --- | --- |
| LOGO DU CRT | LOGO DAC |

Modèle BFC\_2024

DOSSIER D’EVALUATION

|  |  |
| --- | --- |
| Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | No du CPC : |
|  | |

|  |
| --- |
| CONSENTEMENT PATIENT  *Cocher si le patient a donné son consentement*  CONSENTEMENT DU RESPONSABLE LEGAL  *Cocher si le représentant légal a donné son consentement* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. SITUATION ADMINISTRATIVE | |
| **1.1 Identité**  Nom :      Nom de jeune fille :  Prénom :  Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Lieu de naissance : Commune :       Code postal  **1.2 Situation familiale** : Marié(e)  Célibataire  Pacsé(e)  Séparé(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Nombres d'enfants  **1.3 Coordonnées**  Adresse de résidence :  Commune :       Code postal  Téléphone :  Mail :  Langue pour communiquer : | |
| **1.4 Conflit familial** : Oui  Non | Obligatoire : CNI - Passeport - Titre de Séjour - |

|  |
| --- |
| 1. FAMILLE ET PROCHE |
| Contact 1 |
| Nom       Prénom  Qualité  Adresse postal       Mail  Téléphone :  Aidant principal (pers. qui réalise acte)  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) |
| Contact 2 |
| Nom       Prénom  Qualité  Adresse postal       Mail  Téléphone :  Aidant principal (pers. qui réalise acte)  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) |
| Contact 3 |
| Nom       Prénom  Qualité  Adresse postal       Mail  Téléphone :  Aidant principal (pers. qui réalise acte)  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) |
| Contact 4 |
| Nom       Prénom  Qualité  Adresse postal       Mail  Téléphone :  Aidant principal (pers. qui réalise acte)  Référent (pers. avec qui on coordonne au niveau famille) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. PROTECTION JURIDIQUE | | | | |
| Protection Administrative | | Oui  Non  Ne sait pas | | |
| Protection Juridique | | Oui  Non  Ne sait pas | | |
| Type de mesure | | | | |
| Aide éducative en milieu ordinaire  Curatelle simple  Mandat de protection future  MJIE  Tutelle  Tutelle aux prestations sociales  Curatelle aménagée  Curatelle renforcée | | | Décision de placement  Habilitation familiale  MAJ  MASP  Pupille de l'état  Sauvegarde de justice  Tutelle aux prestations sociales adulte | |
| Demande en cours : Oui  Non  Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Renouvellement dans (Nb de jours) :  Date de la décision : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | |
| Précisions/ Observations | | | | |
|  | | | | |
|  | | | |
| 1. PRISE EN CHARGE SOCIALE | | | |
| Oui  *Cocher ou préciser ci-dessous le type de prise en charge* | | | Non |
| PMI  Assistante sociale hospitalière  Assistante sociale département  Autre. Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |

|  |
| --- |
| 1. PARCOURS DE VIE |
| **5.1 Statuts ou situation professionnelle** : Préscolaire  Scolarisation  Vie professionnelle/ actif  Retraite  Merci de préciser (par exemple : Garderie, école, établissement, entreprise, profession, depuis quand, type de dipôme préparé, poste occupé, type de contrat, etc….)  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **5.2 Ressources financières** : |
| 1. ENVIRONNEMENT DE VIE |
| **6.1 Recherche de logement** : Oui  Non . Localisation : Urbain  Rural  **6.2. Type de logement actuel** : Maison  Appartement  Résidence-Foyer  Autre   * Localisation du logement : Urbain  Rural * Statut d'occupation du bien immobilier :   Propriétaire  Copropriétaire  Usufruitier  Hébergé à titre gratuit  Accueil Familial  Locataire du Parc Public  Locataire du Parc Privé   * Modalités d’accès au logement : Escalier  Etage avec ascenseur  Marches  Plain-pied  Autre . Préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * S’agit-il d’un logement précaire : Oui  Non |
| **6.3 Description du logement :**   * Intérieur du logement : Adapté  Non-adapté  |  |  | | --- | --- | | Présence de marches | Sols défectueux (glissant, vétuste) | | Tapis ou mobilier gênants les déplacements | Taille des pièces et des zones de circulation inadaptés au maintien à domicile | | Equipement inadapté (vétuste ou absent) | Autres : |   Chauffage : Oui  Non . Préciser :  Présence d'animaux : Oui  Non  Parasites et nuisibles : Oui  Non  Eléments posant des difficultés dans les extérieurs proches du logement  Salle de bain et salle d'eau : Adaptée  Inadaptée  Absent  WC : Adapté  Inadapté  Absent |

|  |
| --- |
| 1. ACCES AUX COMMERCES |
| * Moyens de transport utilisés : Véhicule personnel  Transport collectifs accessible   Autre . Préciser :   * Accès aux commerces : Oui  Non   Précisez les difficultés d'accès si nécessaire |
| 1. MODE DE VIE |
| * **Situation de logement ou de cohabitation**   Vit seul  Vit avec une personne  Vit chez une autre personne Conjoint en établissement  Précisions (Entourage, bénévoles, fréquence des contacts)   * Activités/occupations   A l'extérieur du domicile  A l'intérieur du domicile  Aucune activité  Précisions : |

|  |
| --- |
| 1. PROTECTION SOCIALE |
| N°SS :       Date de fin de droits :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Carte Vitale : Oui  Non  La personne est-elle l'assurée : Oui  Non  Caisse de Sécurité Sociale :  CMU : Oui  Non  Date d'ouverture et de fin de droits : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  **Régime obligatoire** : Régime Général  Régime Agricole-MSA  Régime des indépendants-RSI  Aucun Autre  Préciser :  **Préciser :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Adultes handicapés  Agents EDF GDF  Agent des collectivités locales  Artiste  Auteur  Assuré non cotisant | Assuré retraité  Assuré volontaire  Bénéficiaires de la PUMA (ex. CMU)  Conventions internationales bilatérales | Conventions internationales CEE  Cotisant et assimilé  Etudiant  Fonctionnaire et ouvrier de l'état  Invalide de Guerre  Praticien et auxiliaires médicaux |   Autre. Préciser  Mutuelles :  Caisse de retraite principale :       Caisse de retraite complémentaire : |
| Documents : Carte vitale - Carte mutuelle |

|  |
| --- |
| * 1. **ALD** |

ALD : Oui  Non  Date fin ALD :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

*Préciser le type d’ALD ci-dessous :*

☐ Accident vasculaire cérébral invalidant ;

☐ affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires ;

☐ rectocolite hémorragique et maladie de crohn évolutives ;

☐ artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;

☐ diabète de type 1 et diabète de type 2 de l’adulte ou de l’enfant ;

☐ bilharziose compliquée ;

☐ déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (vih) ;

☐ formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;

☐ hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;

☐ hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;

☐ insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;

☐ insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;

☐ insuffisance respiratoire chronique grave : bpco, asthme grave ;

☐ maladie d'alzheimer et autres démences ;

☐ maladies chroniques actives du foie (hépatite b ou c) et cirrhoses ;

☐ maladie coronaire : infarctus du myocarde ;

☐ maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;

☐ mucoviscidose ;

☐ maladie de parkinson ;

☐ néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale) ;

☐ paraplégie ;

☐ polyarthrite rhumatoïde évolutive ;

☐ suites de transplantation d'organe ;

☐ sclérose en plaques ;

☐ scoliose idiopathique structurale évolutive ;

☐ spondylarthrite grave ;

☐ tuberculose active, lèpre ;

☐ tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique dont :

☐ vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

|  |
| --- |
| 1. APA ??? |
| * Statut : En cours d'instruction  En cours de validité  Refusée . * Date d'effet : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Date de fin de validité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. * GIR * Petite unité de vie : Préciser : Nombre d’heure   GIR1 GIR2 GIR3 GIR4 GIR5&6   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Accueil de jour | Accueil familial MG | Accueil familial SMIC | | Installation téléalarme | Télésurveillance sans abonnement | Supplément dépendance | | Aide technique divers | Aide à domicile | Aide à domicile dim et JF | | Aide à domicile revenu inférieur | Aide à domicile revenu inférieur dim et JF | Aide à domicile revenu supérieur | | Aide à domicile revenu supérieur dim et JF | Portage des repas | Garde à domicile de jour | | Garde à domicile de jour dim et JF | Garde à domicile de nuit | Garde à domicile de nuit dim et JF | | Garde à domicile de nuit revenu inférieur | Garde à domicile de nuit revenu supérieur | Hébergement temporaire | |
| **PRESTATIONS ET DROITS HORS APA** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | AAH | AEEH | Action Sanitaire et Sociale Assurance Maladie | | ACTP | Aide sociale à l'hébergement | AIPP | | AJPP | Allocation de soutien familial | Allocation journalière d'accompagnement de proche en fin de vie | | Allocation supplémentaire d'invalidité | Autre aide extra-légale | Carte d'invalidité | | Carte de priorité | Carte de stationnement | Congés de solidarité familiale | | Dispositif de Sortie d'Hospitalisation | FNASS-Soins palliatifs | Fonds de compensation du handicap | | Orientation par MDPH | PCH | PAP | | RQTH |  |  |   Préciser : (Nombre d’heure ; GIR) |
| 1. CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES |
| Oui  Non  Numéro d'allocataire :  Nom de la CAF : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. CERCLE DE SOINS | |
| * Médecin Traitant   Si Absent Pourquoi ? | |
| * Pharmacie :   Si absent Pourquoi ? | |
| * Infirmier Libéral :   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  . Heures d’intervention :  Si absent Pourquoi ? | |
| * Kinésithérapeute :   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  . Heures d’intervention :  Si absent Pourquoi ? | |
|
|
| * Service de livraison de repas   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  . Heures d’intervention : | |
| * SSIAD   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  .  Heures d’intervention : | |
| * SAD   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  . Heures d’intervention : | |
| * Dentiste   Fréquence des passages :  Jours d'intervention : Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di  . Heures d’intervention : | |
| |  |  | | --- | --- | | * Médecins Spécialiste | * Médecins Spécialiste | | * Médecins Spécialiste | * Médecins Spécialiste | | * Médecins Spécialiste | * Médecins Spécialiste | | |
| Autres professionnels | |
| |  |  | | --- | --- | | Pédicure | Orthophoniste | | Assistante Sociale (Départementale, Hospitalière, Autres) | Téléassistance | | Oxygène | Transport | | Fournisseur Matériel | Autre. Préciser : | | |
| 1. DIAGNOSTICS ET ALERTES |
| Diagnostics et dispositifs médicaux / informations importantes / Réactions indésirables  Nom :  Source : Patient  Famille et Proche  Soignant  Dossier Patient  Autres  Gravité : Risque Vital  Risque Sérieux  Sans Risques  Inconnu  Suspecté  Confirmé  État Actuel : En cours  Terminé  Inconnu  Apparition :  Nom :  Source : Patient  Famille et Proche  Soignant  Dossier Patient  Autres  Gravité : Risque Vital  Risque Sérieux  Sans Risques  Inconnu  Suspecté  Confirmé  État Actuel : En cours  Terminé  Inconnu  Apparition :  Nom :  Source : Patient  Famille et Proche  Soignant  Dossier Patient  Autres  Gravité : Risque Vital  Risque Sérieux  Sans Risques  Inconnu  Suspecté  Confirmé  État Actuel : En cours  Terminé  Inconnu  Apparition :  Nom :  Source : Patient  Famille et Proche  Soignant  Dossier Patient  Autres  Gravité : Risque Vital  Risque Sérieux  Sans Risques  Inconnu  Suspecté  Confirmé  État Actuel : En cours  Terminé  Inconnu  Apparition :  Nom :  Source : Patient  Famille et Proche  Soignant  Dossier Patient  Autres  Gravité : Risque Vital  Risque Sérieux  Sans Risques  Inconnu  Suspecté  Confirmé  État Actuel : En cours  Terminé  Inconnu  Apparition : |
| * Allergies : (médicament, type de manifestations) * Suivi dentaire : Oui  Non * Besoin d'un appareil : Oui  Non   Appareil Dentaire : Haut Oui  Non  - Bas Oui  Non   * Régime alimentaire : Oui  Non  Si oui, type :   Appétit (qualifié par le patient) :  Taille :       Poids :  Perte de poids : Oui  Non  Prise de poids : Oui  Non  Signes de déshydratation : Oui  Non  Si Oui préciser :   * Signes d'escarres : Oui  Non |
| 1. TRAITEMENT |
| Connaissance du traitement : Oui  Non  Qui prépare les médicaments :  Pillulier : Oui  Non  Risque IATROGENE : Oui  Non  Non Observance : Oui  Non |
| Ordonnances traitements (scans) : Comptes rendu et courriers (scans) |
| 1. MATÉRIEL / APPAREILLAGE |
| Déambulateur : Oui  Non  à mettre en place  Lève Malade : Oui  Non  à mettre en place  Verticalisateur : Oui  Non  à mettre en place  Disque/planche de transfert : Oui  Non  à mettre en place  Lit médicalisé : Oui  Non  à mettre en place  Matelas anti escarres : Oui  Non  à mettre en place  Chaise garde robe : Oui  Non  à mettre en place  Protections : Oui  Non  à mettre en place  Fauteuil Roulant : Oui  Non  à mettre en place  Fauteuil Confort : Oui  Non  à mettre en place  Siège de bain : Oui  Non  à mettre en place  Chaise de douche : Oui  Non  à mettre en place  Autres : Oui  Non  à mettre en place  Préciser : |
| 1. DIRECTIVES ANTICIPÉES |
| Directives Anticipées : Oui  Non (Scans)  Date de rédaction :  Lieu de conservation :  Personne à contacter :  Date de la signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Signature :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PROBLEMATIQUES | | | |  |
|  | Accompagnement à la fin de vie | | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Demande d'euthanasie / sédation terminale | |  |  |  |
|  |  | | | |  |
|  | Vie quotidienne - Tâches domestiques (entretien/courses…) | | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à faire ses courses | |  |  |  |
|  | Difficulté/ incapacité à s'organiser et entretenir le domicile | |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à entretenir le linge | |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à préparer le repas | |  |  |  |
|  | Entretenir l'extérieur du domicile | |  |  |  |
|  | Vie quotidienne - Soins d'hygiène | | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à effectuer les soins d'hygiène | |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à utiliser les toilettes | |  |  |  |
|  | Alimentation, nutrition, hydratation | | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité à s’alimenter | |  |  |  |
|  | Déficit nutritionnel | |  |  |  |
|  | Déshydratation / risque de déshydratation | |  |  |  |
|  | Perte de poids | |  |  |  |
|  | Prise de poids | |  |  |  |
|  | Refus alimentaire | |  |  |  |
|  | Troubles bucco-dentaires | |  |  |  |
|  | Troubles de l’alimentation (anorexie, boulimie, obésité surpoids...) | |  |  |  |
|  | Troubles de la déglutition : Fausse route, Risque de fausse route | |  |  |  |
|  | Vomissements / nausées | |  |  |  |
|  | Non-adhésion au régime diététique | |  |  |  |
|  | Communication | | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés de communication expressive | |  |  |  |
|  | Difficultés avec les outils technologiques (téléphone, smartphone, ordinateur...) | |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à alerter | |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à communiquer en français | |  |  |  |
|  | Incapacité à comprendre et à traiter l’information | |  |  |  |
|  | Culture, loisirs, sports |  | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés d'accès aux loisirs / sports / culture |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elimination | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté / incapacité liée à la sonde et/ou stomie |  |  |  |
|  | Troubles de l’élimination fécale |  |  |  |
|  | Troubles de l’élimination urinaire |  |  |  |
|  | Difficultés administratives et financières | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés à gérer son budget et ses biens |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité à effectuer ses démarches administratives |  |  |  |
|  | Précarité / difficulté financière |  |  |  |
|  | Problématiques juridiques |  |  |  |
|  | Douleur | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Douleur aigüe |  |  |  |
|  | Douleur chronique |  |  |  |
|  | Douleur induite par les soins |  |  |  |
|  | Douleur non contrôlée |  |  |  |
|  |  |  | |  |
|  | Entourage / Aidants | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Conflit familial |  |  |  |
|  | Décès de l’aidant |  |  |  |
|  | Décès du conjoint |  |  |  |
|  | Discordance entre les souhaits de l’entourage et ceux du patient |  |  |  |
|  | Epuisement / risque d’épuisement du conjoint |  |  |  |
|  | Epuisement / risque d'épuisement de l’aidant/des aidants |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité de l'aidant |  |  |  |
|  | Maltraitance / risque de maltraitance |  |  |  |
|  | Perturbation de la dynamique familiale |  |  |  |
|  | Problématique familiale |  |  |  |
|  | Risque ou suspicion d'abus de biens matériels et/ou financiers |  |  |  |
|  | Etat Cutané | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Affection dermatologique |  |  |  |
|  | Altération / risque d'altération de l’état cutané |  |  |  |
|  | Eruption cutanée |  |  |  |
|  | Escarre / risque d’escarre |  |  |  |
|  | Œdème – Lymphœdème |  |  |  |
|  | Plaie aigüe |  |  |  |
|  | Plaie chronique |  |  |  |
|  | Stomie et voie veineuse |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Handicap | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Handicap intellectuel |  |  |  |
|  | Handicap auditif |  |  |  |
|  | Handicap moteur |  |  |  |
|  | Handicap psychique |  |  |  |
|  | Handicap visuel |  |  |  |
|  | Maladie invalidante |  |  |  |
|  | Troubles du spectre de l’autisme |  |  |  |
|  | Isolement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Absence / faiblesse du réseau social |  |  |  |
|  | Absence / faiblesse du réseau familial |  |  |  |
|  | Isolement ressenti |  |  |  |
|  | Sexualité |  |  |  |
|  | Logement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Insécurité du logement |  |  |  |
|  | Logement inadapté |  |  |  |
|  | Précarité du logement |  |  |  |
|  | Précarité / difficulté énergétique |  |  |  |
|  | Habitat vétuste ou insalubre |  |  |  |
|  | Absence de logement |  |  |  |
|  | Présence de nuisibles |  |  |  |
|  | Présence d'animaux |  |  |  |
|  | Accessibilité difficile |  |  |  |
|  | Mobilité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Chute(s) / risques de chutes |  |  |  |
|  | Difficultés pour les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir...) |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la mobilité à domicile |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la mobilité à l’extérieur |  |  |  |
|  | Difficulté / incapacité pour la conduite automobile |  |  |  |
|  | Syndrome post-chute |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Spiritualité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés d'accès à la spiritualité |  |  |  |
|  | Accès aux droits | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Accès aux droits (APA, remboursements…) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Santé mentale / troubles cognitifs, du comportement et de l'orientation | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés à exprimer ses souhaits, ses aspirations, ses bes |  |  |  |
|  | Deuil compliqué |  |  |  |
|  | Troubles sexuels |  |  |  |
|  | Conduite(s) à risque / addiction(s) |  |  |  |
|  | Agitation |  |  |  |
|  | Agressivité |  |  |  |
|  | Auto-agression |  |  |  |
|  | Troubles du comportement |  |  |  |
|  | Confusion mentale |  |  |  |
|  | Démence |  |  |  |
|  | Dépression / mouvement dépressif / risque de dépression |  |  |  |
|  | Désorientation |  |  |  |
|  | Errance / fugue / déambulation |  |  |  |
|  | Hallucinations |  |  |  |
|  | Perte d’espoir / sentiment d'impuissance |  |  |  |
|  | Troubles mnésiques / perte de mémoire |  |  |  |
|  | Risque de suicide |  |  |  |
|  | Souffrance morale |  |  |  |
|  | Traumatisme psychique |  |  |  |
|  | Trouble de l'humeur : bipolarité, état maniaque, tristesse, anxiété… |  |  |  |
|  | Trouble psychiatrique non stabilisé |  |  |  |
|  | Troubles cognitifs |  |  |  |
|  | Présence d'arme |  |  |  |
|  | Altérations des capacités décisionnelles |  |  |  |
|  | Troubles du langage et/ou des praxies (dysphasie, aphasie, dyspraxie) |  |  |  |
|  | Troubles de l'apprentissage |  |  |  |
|  | Troubles de l’attention et des fonctions associées  (mémoire, contrôle exécutif) |  |  |  |
|  | Scolarité | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficultés de scolarité |  |  |  |
|  | Formation / emploi | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Difficulté d’accès à l’emploi / à la formation |  |  |  |
|  | Difficultés de maintien dans l'emploi / la formation |  |  |  |
|  | Troubles sensoriels | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Troubles visuels |  |  |  |
|  | Troubles auditifs |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Traitement | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Appareillage inadapté |  |  |  |
|  | Automédication à risque |  |  |  |
|  | Difficultés à s’occuper soi-même de la prise des médicaments |  |  |  |
|  | Effets indésirables des traitements |  |  |  |
|  | Non-observance de traitement |  |  |  |
|  | Prise de médicaments à risque de iatrogénie |  |  |  |
|  | Difficultés de renouvellement des ordonnances |  |  |  |
|  | Organisation du suivi | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Absence de médecin traitant |  |  |  |
|  | Non-adhésion de la personne aux soins / aux aides |  |  |  |
|  | Complexité due à de nombreux intervenants / au nomadisme médical |  |  |  |
|  | Pas de consultation médicale au domicile |  |  |  |
|  | Isolement géographique |  |  |  |
|  | Difficultés des acteurs de la prise en soin |  |  |  |
|  | Epuisement des professionnels |  |  |  |
|  | Absence / difficulté du suivi médical |  |  |  |
|  |  |  | |  |
|  | Sommeil | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Hypersomnie |  |  |  |
|  | Insomnie |  |  |  |
|  | Perturbation des habitudes de sommeil |  |  |  |
|  | Troubles du sommeil - autres |  |  |  |
|  | Troubles du rythme nycthéméral |  |  |  |
|  |  |  | |  |
|  | Symptômes inconfortables | En cours | Résolu | Commentaire |
|  | Altération / dégradation de l’état général (asthénie / anorexie / perte poids>5% vs habituel) |  |  |  |
|  | Asthénie |  |  |  |
|  | Convulsions / clonies |  |  |  |
|  | Symptômes digestifs |  |  |  |
|  | Symptômes inconfortables |  |  |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | OBJECTIFS | |  |
|  | Reprendre ou maintenir une activité professionnelle / une scolarité régulière | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagnement éducatif  (SAVS, etc…) |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour la scolarité |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour la formation |  |  |  |
|  | Accompagnement social pour l'emploi |  |  |  |
|  | Accompagnement social aux démarches pour la scolarité |  |  |  |
|  | Accompagnement social aux démarches pour l'emploi |  |  |  |
|  | Aide à la traduction et à l'interprétariat pour la scolarité |  |  |  |
|  | Aide à la traduction et à l'interprétariat pour l'emploi |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides à la scolarité |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides techniques / ergonomie |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'une modalité d'accueil en journée | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accueil de jour |  |  |  |
|  | Ateliers |  |  |  |
|  | Hôpital de jour |  |  |  |
|  | HRMJ |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Les aidants de la personne bénéficient d'un soutien | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Soutien |  |  |  |
|  | Répit |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Disposer d'un hébergement adéquat | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Hébergement temporaire |  |  |  |
|  | EHPAD |  |  |  |
|  | Foyer d'Accueil Médicalisé  (FAM) |  |  |  |
|  | Foyer d'Hébergement en  Milieu Ordinaire |  |  |  |
|  | Foyer d'Hébergement en  Milieu Protégé |  |  |  |
|  | Logement-Foyer |  |  |  |
|  | Maison d'Accueil Spécialisée  (MAS) |  |  |  |
|  | Résidence Autonomie |  |  |  |
|  | Résidence Sénior |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Accéder aux droits (APA / CARSAT, ALD, MDPH, …) | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Congé de solidarité familiale / allocation journalière d'accompagnement |  |  |  |
|  | Constitution de dossier et révision de plan d'aide |  |  |  |
|  | Orientation vers un travailleur social |  |  |  |
|  | Vérification de l'accès aux droits sociaux |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un accompagnement à la gestion administrative et/ou financière | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagnement social aux démarches post-décès |  |  |  |
|  | Aider à l'autonomie pour les paiements courants |  |  |  |
|  | Aider à la lecture de la correspondance |  |  |  |
|  | Dossier de surendettement |  |  |  |
|  | Recherche d'aides financières |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Observer le traitement sans risque iatrogénique | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Bilan de médication |  |  |  |
|  | Conciliation médicamenteuse |  |  |  |
|  | Plan de posologie / Adaptation sécurisée du traitement (génériques, galéniques, posologie journalière) |  |  |  |
|  | Sécuriser le stockage des médicaments (boîte, local…) |  |  |  |
|  | Surveiller le stock de médicaments |  |  |  |
|  | Préparer le pilulier |  |  |  |
|  | Aider à la prise de  médicament |  |  |  |
|  | Administrer le traitement médicamenteux |  |  |  |
|  | Surveiller l'observance |  |  |  |
|  | Surveiller la prise  médicamenteuse et ses effets |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Disposer d'un logement adapté et sécurisé (intérieur et/ou extérieurs) | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Diagnostic d'insalubrité |  |  |  |
|  | Diagnostic énergétique et conseil |  |  |  |
|  | Intervention d'ergothérapie |  |  |  |
|  | Mise en place d'aides à l'amélioration du logement |  |  |  |
|  | Réduction de l’accès aux objets dangereux (auto ou hétéro-agressivité) |  |  |  |
|  | Travaux d'adaptation du logement |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S'alimenter / s'hydrater de façon équilibrée | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Surveiller le réfrigérateur / le stock alimentaire |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation  (texture normal, haché, mixé) |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation (compléments nutritionnels oraux) |  |  |  |
|  | Adapter l'alimentation (eau gélifiée) |  |  |  |
|  | Aider pour les courses alimentaires |  |  |  |
|  | Aider à la préparation des repas |  |  |  |
|  | Portage de repas |  |  |  |
|  | Surveiller la prise de repas / boissons |  |  |  |
|  | Stimuler la prise hydrique |  |  |  |
|  | Stimuler la prise nutritionnelle |  |  |  |
|  | Aider à la prise de repas |  |  |  |
|  | Nutrition entérale (sonde nasogastrique, gastrostomie, jejunostomie…) |  |  |  |
|  | Nutrition parentérale |  |  |  |
|  | Aider à l'arrêt de  l'alimentation (prép. hospi., …) |  |  |  |
|  | Adapter / surveiller  l'alimentation selon un régime alimentaire prescrit |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un entretien intérieur et/ou extérieur du  logement | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Entretenir le logement |  |  |  |
|  | Entretenir le linge |  |  |  |
|  | Travaux d'entretien  (extérieurs, petits travaux…) |  |  |  |
|  | Renforcer l'autonomie de la personne pour les gestes d'entretien |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Maintenir / améliorer l'autonomie physique | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Accompagner à la mobilité dans le domicile |  |  |  |
|  | Accompagner pour les sorties de loisirs |  |  |  |
|  | Accompagner régulièrement aux toilettes |  |  |  |
|  | Activité Physique Adaptée  (APA) |  |  |  |
|  | Aider à l'habillage |  |  |  |
|  | Aider pour la toilette |  |  |  |
|  | Gérer les dipositifs d'aide aux fonctions d'élimination (poche, sonde, …) |  |  |  |
|  | Gérer les dispositifs d'incontinence  (protections/changes, étui pénien, …) |  |  |  |
|  | Rééducation psychomotrice |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Bénéficier d'aides techniques | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Chaussage adapté |  |  |  |
|  | Dispositifs médicaux / appareillages pour la correction des troubles sensoriels |  |  |  |
|  | Matériels médicaux adaptés avec prévention de risque de chute (canne, béquilles, déambulateur, lit avec barrière, lève malade, …) |  |  |  |
|  | Matériels médicaux adaptés autres (lit médicalisé, chaise percée, …) |  |  |  |
|  | Dispositifs médicaux pour la sexualité |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier d'un bilan d'évaluation | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non | Commentaire |
|  | Bilan nutritionnel |  |  |  |
|  | Bilan cognitif / Consultation  mémoire |  |  |  |
|  | Bilan étiologique |  |  |  |
|  | Bilan sanguin |  |  |  |
|  | Bilan somatique |  |  |  |
|  | Evaluation du risque autoagressif / suicidaire / hétéroagressif |  |  |  |
|  | Evaluation gériatrique standardisée (EGS) / évaluation médico-psychosociale gérontologique |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
|  | Améliorer le lien social | Intervanant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Actions de développement des liens sociaux |  |  |  |
|  | Actions de développement des liens familiaux |  |  |  |
|  | Actions de développement des  liens familiaux (parentsenfants) |  |  |  |
|  | Orientation vers des activités de loisirs |  |  |  |
|  | Orientation vers des activités culturelles et/ou spirituelles |  |  |  |
|  | Renforcement et  apprentissage des habiletés sociales |  |  |  |
|  | Soutenir le lien social par contact téléphonique |  |  |  |
|  | Intervention de bénévoles / associations |  |  |  |
|  | Mettre en place des outils de communication adaptés à la personne |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mieux connaître sa maladie / son traitement | Intervenant | | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | | Commentaire |
|  | Appui associatif (bénévoles, associations de patients, …) |  | |  | |  |
|  | Education thérapeutique du patient (ETP) |  | |  | |  |
|  | Information/éducation/sensibi lisation du patient sur le  traitement ou le dispositif médical |  | |  | |  |
|  | Information/sensibilisation de l'aidant naturel |  | |  | |  |
|  | Mesures hygiéno-diététiques adaptées (alimentation, activité physique) |  | |  | |  |
|  | Orientation vers une structure spécialisée |  | |  | |  |
|  | Mettre en place des actions de prévention primaire (vaccination, hygiène…) |  | |  | |  |
|  | Autre |  | |  | |  |
|  | Bénéficier d'une mesure de protection juridique / administrative | Interven | ant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | | Commentaire |
|  | Accompagnement éducatif  (AEMO, MIJE, etc…) |  |  |  |  |  |
|  | Protection juridique |  |  |  |  |  |
|  | Protection administrative |  |  |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |  |  |
|  | Bénéficier d'un accompagnement adapté à la  fin de vie | Intervenant | | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | | Commentaire |
|  | Aides financières spécifiques :  FNASS (dans le cadre de l'acc.  fin de vie), … |  | |  | |  |
|  | Expertise équipe mobile (soins palliatifs) |  | |  | |  |
|  | Prise en charge  pluriprofessionnelle des soins palliatifs |  | |  | |  |
|  | Rédaction fiche SAMU-Pallia |  | |  | |  |
|  | Soutien psychologique aidé  (fin de vie) |  | |  | |  |
|  | Autre |  | |  | |  |
|  | Bénéficier d'un parcours de soins coordonné | Intervenant | | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | | Commentaire |
|  | Accompagner physiquement aux RDV |  | |  | |  |
|  | Aider à la prise de RDV |  | |  | |  |
|  | Aider à l'organisation d'une hospitalisation |  | |  | |  |
|  | Aider à l'organisation du calendrier de RDV |  | |  | |  |
|  | Aider à la rédaction des directives anticipées |  | |  | |  |
|  | Aider aux transferts entre établissements |  | |  | |  |
|  | Carnet de suivi |  | |  | |  |
|  | Programmer les transports sanitaires |  | |  | |  |
|  | Rechercher l'adhésion des professionnels |  | |  | |  |
|  | Rechercher un médecin traitant ou un autre professionnel/intervenant |  | |  | |  |
|  | Suivi (téléphonique, VAD) |  | |  | |  |
|  | Suivi de l’effectivité des rendezvous médicaux |  | |  | |  |
|  | Organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) |  | |  | |  |
|  | Autre |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier de soins psychiques | Intervenant | réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Prise en charge de la dépression |  |  |  |
|  | Psychothérapie / Médiation psychothérapeutique |  |  |  |
|  | Recherche des causes de refus de soin / adaptation du projet de soin |  |  |  |
|  | Soutien psychologique |  |  |  |
|  | Soutien psychologique entourage |  |  |  |
|  | Suivi psychologique |  |  |  |
|  | Suivi psychiatrique |  |  |  |
|  | Suivi sexologique |  |  |  |
|  | Thérapie de groupe |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

Statut: A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier de soins somatiques | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Consultation médicale spécialiste (cardiologue, neurologue, psychiatre…) |  |  |  |
|  | Activités de stimulations physiques, sensorielles et cognitives |  |  |  |
|  | Expertise équipe mobile (santé mentale, gériatrie, ESA) |  |  |  |
|  | Prévention et soins d'escarres |  |  |  |
|  | Prise en charge des plaies chroniques et complexes |  |  |  |
|  | Protocole antiémétique  (nausées, vomissements) |  |  |  |
|  | Protocole AVK |  |  |  |
|  | Protocole d'adaptation des doses d'insuline |  |  |  |
|  | Protocole de chimiothérapie |  |  |  |
|  | Protocole de prise en charge de la douleur |  |  |  |
|  | Protocole de soins diabète |  |  |  |
|  | Protocole de soins pansement |  |  |  |
|  | Protocole nutritionnel |  |  |  |
|  | Poser/retirer des bas/bandes de contention |  |  |  |
|  | Ré-autonomiser à la marche |  |  |  |
|  | Rééducation par massokinésithérapie |  |  |  |
|  | Rééducation par ergothérapie |  |  |  |
|  | Rééducation orthophonique |  |  |  |
|  | Remédiation cognitive |  |  |  |
|  | Sevrage hospitalier / sevrage ambulatoire |  |  |  |
|  | Soins de confort / Prise en charge des symptômes |  |  |  |
|  | Soins de support |  |  |  |
|  | Soins podologiques |  |  |  |
|  | Soins en sexologie |  |  |  |
|  | Suivi addictologique |  |  |  |
|  | Divers soins infirmiers |  |  |  |
|  | Autres soins somatiques  (préciser en texte libre) |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bénéficier d'une surveillance sur son état permettant l'alerte en cas d'aggravation | Intervenant | Statut: A réaliser/ En  cours/Réalisée  /Non réalisée/Annul ée | Commentaire |
|  | Surveiller l'état cutané |  |  |  |
|  | Surveiller le poids |  |  |  |
|  | Surveiller les constantes  (pouls, tension, température,  …) |  |  |  |
|  | Surveillance clinique |  |  |  |
|  | Surveillance biologique |  |  |  |
|  | Téléalarme |  |  |  |
|  | Téléassistance |  |  |  |
|  | Télésurveillance |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |

# BILAN DE SITUATION

Contexte et Origine de la demande

Eléments marquants : ………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

Points de vigilance : ………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

Ressources et potentialités:

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

Souhaits du patient : ………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grille AGGIR (à saisir dans le logiciel avec l'ASSISTANT) | | | | | | | |
| Pour chaque item cohez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse : NON) Puis codez secondairement par A, B,ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H   * Si aucun adverbe n'est coché codez A. AA = A * Si tous les adverbes sont cochés codez C. CC, CB, BC, CA, AC = C * Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. AB, BA, BB = B | | | | | | | |
| S = Spontanément T = Totalement  H = Habituellement C = Correctement | | S | T | H | C | ABC | OBSERVATIONS |
| TRANSERTS  Se lever, se coucher, s'asseoir | |  |  |  |  |  |  |
| DEPLACEMENTS INTERIEURS  avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | |  |  |  |  |  |  |
| TOILETTE  Hygiène corporelle | HAUT : Visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains |  |  |  |  |  |  |
| BAS : Régions intimes, les membres inférieurs et les pieds |  |  |  |  |  |  |
| ELIMINATION  Assurer l'hygiene et rester propre | URINAIRE |  |  |  |  |  |  |
| ANALE |  |  |  |  |  |  |
| HABILLAGE  Savoir choisir, préparer et enlever | HAUT : choix vêtement, mise a disposition, décision d'en changer, passer un vêtement |  |  |  |  |  |  |
| MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles |  |  |  |  |  |  |
| BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures |  |  |  |  |  |  |
| CUISINE | |  |  |  |  |  |  |
| ALIMENTATION | SE SERVIR : un plat, ouvrir un yaourth, peler un fruit, remplir un verre, couper |  |  |  |  |  |  |
|  | MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons |  |  |  |  |  |  |
| SUIVI DU TRAITEMENT | |  |  |  |  |  |  |
| MENAGE | |  |  |  |  |  |  |
| ALERTE  Communication à distance | |  |  |  |  |  |  |
| DEPLACEMENTS EXTERIEURS  a partir de la porte d'entrée sur la rue | |  |  |  |  |  |  |
| TRANSPORT | |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVITES TEMPS LIBRE | |  |  |  |  |  |  |
| ACHATS | |  |  |  |  |  |  |
| GESTION | |  |  |  |  |  |  |
| ORIENTATION | TEMPS : se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois) |  |  |  |  |  |  |
| ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux |  |  |  |  |  |  |
| COHERENCE | COMMUNICATION  communication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne |  |  |  |  |  |  |
| COMPORTEMENT  agir, se comporter de facon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude |  |  |  |  |  |  |
| RESULTAT GIR = | | | | | | |  |

Page 26