

## FICHE D'ORIENTATION – CRT LYON 3 ET LYON 7

A renvoyer à : crt@papavl.fr

Date de la demande :

Coordonnées de la personne concernée

Civilité :  M  Mme

Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... Age : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone(s) : .....

Email : .....

**Consignes particulières pour la prise de contact** (indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite...) :

.....  
.....  
.....

**Situation :**

marié(e)  veuf(ve)  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  pacsé(e)  concubin(e)

Nb enfants : .....

**Vit :**  seul(e)  en famille  avec un conjoint  avec un enfant

avec entourage (liens) : .....

avec animal de compagnie : .....

**Logement :**  maison  appartement / **Etage :** .....

**Suivi des démarches :**  Contacter la personne elle-même en priorité

Contacter la personne ressource

**GIR** si connu : .....

Personne de confiance (à contacter)

**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : .....

**NOM Prénom :** .....

**Contacts (téléphone, email) :**

.....

Contexte de la demande (origine et raison de la demande)

.....  
.....  
.....  
.....

Fragilités et problématiques connues

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Personne complétant la demande (coordonnées du rédacteur de la fiche)

Libéral  Structure  Aidant  Bénéficiaire

Nom Prénom : .....

Fonction : ..... Structure : .....

Coordonnées : .....

Téléphone(s) : ..... Mail(s) : .....

Services et professionnels en place connus

**Prise en charge** :  PCH  APA  Caisse de retraite

Oui  Non  En cours  Envisagée

**Médecin traitant** :  Oui  Non  Ne sait pas

**Informé de la demande** :  Oui  Non  Ne sait pas

**Nom Prénom** : .....

**Commune** : .....

**Coordonnées** : .....

**Mesure de protection juridique** :  Oui  Non  Ne sait pas  En cours

**Nom du mandataire** : .....

Privé  Associatif  Familial

**Coordonnées** : .....

**Type de mesure** :  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  Sauvegarde de justice

## Hébergement

**Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ?**  Oui  Non

**Si oui, n° dossier** .....

**Pour quel EHPAD ?** .....

**Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ?**  Oui  Non

**Autres services ou professionnels :**

Service / professionnel (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage repas...)	Coordonnées
Aides ménagères :	
Portage repas :	
Téléalarme :	
SSIAD :	
SAAD :	
Infirmier libéral :	
Professionnel libéral :	
Autres :	

## Information dispositif CRT

L'information relative au CRT a été donnée à l'utilisateur ?  Oui  Non

L'utilisateur donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?  Oui  Non

Commentaires de l'utilisateur relatif au dispositif CRT :

.....  
.....  
.....

Adhésion de l'aidant proche ?  Oui  Non  Autre :

**A renvoyer à : [crt@papavl.fr](mailto:crt@papavl.fr)**