

FICHE D'ORIENTATION

CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL (CRT) LYON 3 ET LYON 7

Fiche à adresser à : crt@papavl.fr

Le CRT Lyon 3 - Lyon 7 est un dispositif financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui a pour mission de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible. Nous proposons un accompagnement renforcé à domicile par la mise en place de diverses actions : sécurisation du domicile, coordination de parcours de soin, aide aux aidants... Il s'agit notamment, de développer une alternative à l'entrée en établissement.

Mentions à cocher :

☐ OUI ☐ NON **La personne concernée est informée du recours au Centre de ressources territorial (CRT) par le demandeur et accepte d'être contactée.**

☐ OUI ☐ NON **La personne concernée n'est pas opposée à l'étude de sa situation.**

(article D6327-1 CSP), qui implique le partage d'informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social avec les professionnels participant à sa prise en charge (art. L1110-4 CSP).

Date de la demande

Signature du demandeur (obligatoire)

PERSONNE CONCERNEE		
NOM de naissance : NOM d'usage : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : Age : Adresse : CP/Ville : Etage : Code d'accès : Interphone :	Téléphone : Email : ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Concubin(e) Enfants : ☐ OUI ☐ NON Nombre d'enfants : Présents : ☐ OUI ☐ NON Langue parlée :	Mesure de protection : ☐ OUI ☐ NON Si oui : ☐ Sauvegarde ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ En cours N° sécurité sociale : ALD/100% : ☐ OUI ☐ NON Mutuelle : ☐ OUI ☐ NON Droits ouverts : ☐ APA ☐ PCH ☐ Retraite ☐ ASPA ☐ AAH GIR :

REDACTEUR DE LA DEMANDE (professionnel / aidant / personne concernée)

NOM :

Prénom :

Fonction ou lien avec la personne concernée :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

PERSONNE A CONTACTER (personne de confiance / famille /aidant)

NOM :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

Téléphone :

Mail :

ENTOURAGE PROFESSIONNEL (cocher si déjà en place et saisir les coordonnées)

☐ Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

☐ Pharmacien

Nom :

Téléphone :

☐ Cabinet infirmier/SSIAD

Nom :

Téléphone :

☐ Service d'aide à domicile

Nom :

Téléphone :

FACTEURS DE VULNERABILITE EVALUES		
SANTE 	☐ Absence de médecin traitant ☐ Absence ou refus de suivi médical ☐ Troubles cognitifs ☐ Troubles psychiatriques associés ou non à des troubles du comportement ☐ Troubles moteurs/chutes ☐ Troubles de l'alimentation ☐ Déficience sensorielle majeure (vue/audition) ☐ Hospitalisations itératives	☐ Pathologie(s) principale(s) évolutive(s) actuelle(s) :
VIE QUOTIDIENNE 	☐ Difficultés à réaliser les actes essentiels (se nourrir, se vêtir...) ☐ Difficultés à réaliser les actes de la vie domestique (Courses, ménage, préparation des repas...) ☐ Difficultés pour la gestion administrative et financière ☐ Refus d'aide	<u>Commentaires :</u>
ENTOURAGE 	☐ Isolement problématique (absence de personne ressource, rupture des liens familiaux) ☐ Epuisement de l'aidant	<u>Commentaires :</u>
HABITAT 	☐ Habitat inadapté mettant en danger la santé et/ou la sécurité ☐ Risque de perte de logement ☐ Demande d'EHPAD en cours	<u>Commentaires :</u>

Descriptif de la situation (pour mieux comprendre / point de vigilance, /point d'alerte...)