

Service destinataire :

Mme
 Assistante sociale
 Institution / établissement

Tel :
 Fax

FICHE DE LIAISON**Service destinataire :**

COORDINATRICE
 Alp' Ages Coordination
 (CLIC/Réseau de Santé)
 Tel : 04 90 92 60 05
 Fax : 04 90 92 25 14
assoc.alpages@wanadoo.fr

Date du signalement :**MOTIF DU SIGNALEMENT :****CRITERES D'INCLUSION AU RESEAU DE SANTE****Critères obligatoires :**

Territoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Age : + de 75 ans avec dérogations possible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polypathologies chroniques invalidantes et/ou atteintes de maladie Alzheimer ou apparentées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Critères implicites

Consentement du patient	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consentement du médecin traitant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Critères d'alerte**Dépendance physique ou psychique :**

Besoin d'un tiers (aide) pour les actes de la vie quotidienne (déplacements, toilette, habillage, courses/cuisine)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Fragilité médicale :

Trouble de la vue ou de l'audition invalidant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Trouble du comportement ou de la mémoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Trouble de la motricité et notion de chute récente et/ou à répétition	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Hospitalisation récente ou à répétition dans l'année	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Perte de poids récente	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fragilité sociale :

Isolement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Entourage non aidant ou épuisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Logement inadapté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Précarité financière	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ou Situation de rupture (deuil, déménagement, stress,...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

IDENTITE

NOM :

Age :

Prénom :

Situation de famille :

N° Sécu : Clé

Caisse de retraite :

Mutuelle Santé :

ADRESSE :

.....

.....

Téléphone :

PERSONNE REFERENTE

Nom :

Téléphone :

Lien de parenté :

DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL AVANT HOSPITALISATION

Soins infirmiers :

Kinésithérapeute :

Télé-assistance :

Service aide à domicile :

Prise en charge : APA Caisse de retraite

Matériel médical en place :

Nom du médecin traitant :

Autres :

Portage de repas :

Rythme des interventions :

RESSOURCES

Retraites Régulières :

Mesure de protection : oui non en cours

DEPENDANCE

GIR :

Pathologies :

DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL PREVU A LA SORTIE

Soins infirmiers :

Kinésithérapeute :

Service aide à domicile :

Prise en charge : APA Caisse de retraite Mutuelle

Matériel médical à prévoir :

Télé-assistance :

Portage de repas :

Rythme des interventions :

Placement EHPAD envisagé : oui non

CONTEXTE DE LA SITUATION