

FICHE D'ORIENTATION

Fiche d'orientation commune à tous les partenaires du secteur gérontologique de Marseille

Cette fiche d'orientation est commune et utilisée par tous les partenaires du secteur gérontologique de Marseille dès lors que la personne doit être orientée d'un service à un autre. Cochez les cases correspondantes (OUI = X).

Elle permet de **partager le minimum d'informations utiles à tous**. Pour vous aider à repérer les professionnels vers qui vous pouvez orienter la personne, référez-vous au Guide « Accueillir, Repérer, Orienter » et/ou contactez le Pôle Infos Séniors de votre secteur.

Préalables sur le partage d'informations entre professionnels

La personne ou son représentant légal a été informée de la transmission de la fiche et du partage d'informations entre les professionnels.

La personne ou son représentant légal a donné son consentement pour la transmission de la fiche et pour partage d'informations entre les professionnels

La personne n'a pas pu donner son consentement.

Expéditeur

Nom - Prénom :

Service - profession :

Téléphone :

Mail :

Destinataire 1

Nom - Prénom :

Service - profession :

Téléphone :

Mail :

Destinataire 2 (optionnel, si plusieurs destinataires)

Nom - Prénom :

Service - profession :

Téléphone :

Mail :

Destinataire 3 (optionnel, si plusieurs destinataires)

Nom - Prénom :

Service - profession :

Téléphone :

Mail :

Personne concernée

Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Âge :

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| La personne vit seule. | <input type="checkbox"/> | La personne vit avec son/sa conjoint/e. | <input type="checkbox"/> |
| La personne vit avec un/des enfant/s. | <input type="checkbox"/> | La personne vit avec un tiers. | <input type="checkbox"/> |
| La personne est bénéficiaire de l'APA. | <input type="checkbox"/> | La personne est bénéficiaire du Plan d'Aide Personnalisé de la CARSAT. | <input type="checkbox"/> |
| La personne a un représentant légal | <input type="checkbox"/> | Demande de protection en cours | <input type="checkbox"/> |
| | | Signalement au Procureur en cours | <input type="checkbox"/> |







Entourage

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Famille | <input type="checkbox"/> | Voisin(s) | <input type="checkbox"/> |
| Bénévole | <input type="checkbox"/> | Autre : | <input type="text"/> |
| Ami(s) | <input type="checkbox"/> | | |
| Entourage mobilisable | <input type="checkbox"/> | Pas d'entourage | <input type="checkbox"/> |

Intervenants professionnels

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> | Paramédicaux | <input type="checkbox"/> |
| Travailleur social | <input type="checkbox"/> | Autre : | <input type="text"/> |
| Aide à domicile | <input type="checkbox"/> | | |
| Référent prof. mobilisable | <input type="checkbox"/> | Pas d'intervenant professionnel | <input type="checkbox"/> |

Problématiques rencontrées (cochez la ou les cases correspondantes)

-  Accès aux soins / problème de santé
-  Capacités décisionnelles
-  Difficultés dans les activités de la vie quotidienne
-  Environnement / espace de vie
-  Isolement - entourage en difficulté
-  Difficultés administrative et/ou financières

ANNEXE POUR INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Information à retourner à l'expéditeur :

La demande a été acceptée le :

La demande a été réorientée vers :

Date d'envoi :

***Pour sécuriser vos échanges, pensez à la messagerie sécurisée.
Pour plus d'informations : www.ror-paca.fr***