

ÉVALUATION DES FRAGILITÉS - PAR LES PROFESSIONNELS

Document à remplir en dehors de l'urgence. Urgence = état de santé qui change quotidiennement, absence soudaine de l'aide

Concernant la personne à prendre en charge :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Commune :

Médecin traitant :

Signalement fait par :

Lien avec la personne :

L'environnement habituel de la personne			L'environnement de la personne a changé		
Vit seule	Oui	Non	Vit seule	Aidant familial fatigué	
Isolée	Oui	Non	Est isolée		
Passage d'un IDE	Oui	Non	Arrêt des passages d'une IDE		
Portage de repas	Oui	Non	Dysfonctionnement / Repas		

D'habitude j'interviens chez la personne pour :			D'habitude Je passe plus de temps pour ces interventions :		
Le lever	Le coucher	Donner son traitement	Le lever	Le coucher	Donner son traitement
Le ménage	Le repassage	Les sorties	Le ménage	Le repassage	Les sorties
La toilette	Haut Bas		La toilette	Haut Bas	
Préparation repas	Matin	Midi	Préparation repas	Matin	Midi
L'aide au repas	Matin	Midi	L'aide au repas	Matin	Midi
Autres			Soir		

D'habitude que j'interviens, elle :			Ce n'est pas comme d'habitude, elle :		
Est d'humeur gaie	Oui	Non	Sembla plus triste	Est plus agressive	
Communique facilement	Oui	Non	Est plus distante		
Me reconnaît	Oui	Non	Me reconnaît plus difficilement		
Sait quand je passe	Oui	Non	Oublie parfois mes passages		

Nom et information sur le professionnel					
Nom et prénom :		Mail :		Téléphone : Commune :	
Fiche de modification remplie par :		Médicaux	Paramédicaux	AVS	Intervient depuis le :

Nature des modifications à domicile

Nutrition	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Diminution d'autonomie	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Touble du comportement	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Trouble de la mémoire	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Difficulté de l'aident	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Rupture intervention extérieure	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Problèmes financiers	Oui	Non	En aggravation :	Depuis peu	Depuis longtemps
Autre					

Identification de la problématique

Date de l'identification :

Commentaires :

Acteurs alertés autour de la problématique

Entourage : Familial Personne de confiance Curateur/tutelle
 Professionnels : Médecin traitant IDE CPTS VdC DAC Service social Autres :

Transmettre la fiche à la CPTS Vallée du Ciron : coordination.vdc@gmail.com
 Remettre un exemplaire au patient