

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'aidant

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 Isolée Oui Non Passage d'un IDE Oui Non Portage de repas Oui Non	Vit seule Aidant familial fatigué Est isolée Arrêt des passages d'une IDE 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 ménage Le repassage Les sorties La toilette Haut Bas Préparation repas Matin Midi Soir L'aide au repas Matin Midi Soir Autres	Le lever Le coucher Donner son traitement Le ménage Le repassage Les sorties La toilette Haut Bas Préparation repas Matin Midi Soir L'aide au repas Matin Midi Soir Autres

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