

FICHE DE SAISINE
COMITÉ GÉRONTOLOGIQUE DE PARCOURS COMPLEXES
DU PAYS DE MORLAIX

**Merci de renseigner autant que possible les différentes rubriques
pour favoriser l'éclairage du comité et si besoin, faciliter les relais**

**Personnes de + de 60 ans ou personnes de <60 ans atteintes de maladies neuro évolutives,
dont le lieu de vie habituel est le domicile**

N° Dossier :

Date de la demande : / /

Date du comité souhaité : / /

PERSONNE CONCERNÉE :

La personne concernée (ou son représentant légal) est informé(e) de la saisine du comité: Oui Non

Elle accepte la transmission des informations à un service partenaire : Oui Non

Si non, merci de respecter l'anonymat de la personne

Madame

Monsieur

NOM d'usage :

NOM de naissance (si différent) :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Mail :

Adresse complète :

Situation familiale :

Personne vivant seule : Oui Non si non, qualité du co habitant :

Lieu de présence de la personne au moment de la demande :

Commentaires :

L'ENTOURAGE PRESENT : (famille / amis / voisins)

Lien avec la personne :

Cette personne est-elle aidante ? Oui Non

Autre(s) personne(s) de l'entourage : coordonnées (NOM/prénom lien) :

MÉDECIN TRAITANT : Oui Non

NOM :

Prénom :

Coordonnées (adresse complète/Tél):

Est-il informé de la saisine du comité gérontologique parcours complexes ? Oui Non

MESURE DE PROTECTION : Oui Non En cours

Type de mesure :

Exercée par :

Quel est le projet de vie de la personne ?

Maintien à domicile

Entrée en EHPAD

Autre

A définir

Depuis quand connaissez-vous cette situation (approximativement) : / /

<u>Pour les personnes de plus de 60 ans</u>	<u>Pour les personnes de moins de 60 ans</u>
La situation est-elle connue du CLIC ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	La situation est –elle connue de la MDPH ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
La situation est-elle connue de l'APA ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Un plan d'aide existe-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Un plan d'aide existe-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
GIR évalué :	

CERCLE DE SOIN : Intervenants professionnels présents

<u>Type de service</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Ne sait pas</u>	<u>Nom du service</u>	<u>Fréquence d'Interventions</u>
Service d'aide et d'accompagnement à domicile					
Portage repas					
Service de soins infirmiers à domicile					
Equipe spécialisée Alzheimer					
Accueil de jour					
Infirmier libéral					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Equipe médico-sociale CDAS					
Hospitalisation à domicile					
Médecin spécialiste (préciser spécialité)					
Autres (préciser)					
Autres (préciser)					

ÉVALUATION DE LA SITUATION : Cocher les alertes repérées

SANTÉ

- Dégradation de l'état général
- Addiction
- Pathologie chronique, évolutive et/ou dégénérative
- Hospitalisations non programmées récurrentes (≥ 3 en 1 an)
- Apparition ou majoration de l'essoufflement
- Perte de poids récente
- Troubles cognitifs (*troubles de mémoire, perte de repères dans le temps et/ou dans l'espace, confusion, trouble du jugement et/ou raisonnement...*)
- Troubles du comportement (*agitation, agressivité, hallucinations, dépression, apathie, désinhibition, déambulation...*)
- Chutes à répétition (≥ 2 dans l'année écoulée)
- Problème ou aggravation des troubles de la vue () et/ou de l'audition ()
- Pas de suivi médical ou manque de continuité dans le suivi médical
- Autre (préciser)
- Pas d'alerte / Information non obtenue

ÉTAT FONCTIONNEL ET AUTONOMIE

- Difficultés dans les activités de la vie quotidienne (mobilité, habillage, hygiène...) (préciser) :
- Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (courses, ménage, préparation des repas, lessive...) (préciser) :
- Autre (préciser) :
- Pas d'alerte / Information non obtenue

Avez-vous connaissance d'un **CHANGEMENT RÉCENT DE LA SITUATION** ? (préciser) :

Avez-vous connaissance d'un **ÉVÈNEMENT IMPORTANT INTERVENU RÉCEMMENT** (deuil, déménagement, ...) ? (préciser) :

AIDES financières existantes

- APA
- Aide Sociale
- Caisses de retraite
- PCH
- Autres (préciser) :
- Dossier en cours : Information(s) non obtenue(s)

COMMENTAIRES / ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRES :

ACTIONS MISES EN ŒUVRE, EFFECTIVES OU TENTÉES :

PROBLÈMES JUSTIFIANT LA SAISINE DU COMITÉ GÉRONTOLOGIQUE PARCOURS COMPLEXES :

ENVIRONNEMENT ET SÉCURITÉ

- Habitat inadapté (accessibilité intérieure, extérieure)
- Habitat insalubre, encombré, vétuste
- Insécurité de l'habitat et risques d'accidents domestiques
- Présence d'animaux
- Conduite d'un véhicule, en sécurité Oui Non
- Autre (préciser) :
- Pas d'alerte / Information non obtenue

LIENS FAMILIAUX ET SOCIAUX

- Absence d'aidants (familiaux / professionnels)
- Epuisement des aidants familiaux / professionnels)
- Isolement rupture des liens
- Conflits familiaux
- Refus d'aide et de soins (préciser : par la personne elle-même / par son entourage / par des professionnels)
- Absence ou difficultés de coordination des aides en place
- Autre (préciser) :
- Pas d'alerte / Information non obtenue

ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Difficulté dans la gestion administrative courante
- Situation économique précaire
- Problème d'accès aux droits
- Autre (préciser) :
- Pas d'alerte / Information non obtenue

FICHE NAVETTE COMITE

IDENTITE DE L'ORIENTEUR :

NOM : Prénom :

Profession :

Etablissement et service :

Adresse complète :

Téléphone : Fax :

Mail :

Mail sécurisé :

Numéro de dossier (MEDIATEAM / GWALENN) :

Si accord de la personne

NOM : Prénom :

Date de naissance de la personne : / /

Pré-inscription au comité : de 10H30 à 12H30 *Présence du professionnel souhaitée*

Mardi 21/01 sur Morlaix (CDAS)

Mardi 18/02 sur Landivisiau (Maison de l'aidant)

Mardi 17/03 sur Morlaix (Bélizal)

Mardi 07/04 sur Landivisiau (Maison de l'aidant)

PROPOSITIONS PISTES PRECONISEES PAR LE COMITE (info/mobilisation/orientation):

Formulaire à nous adresser à comitepaysdemorlaix@telesantebretagne.org ou comitepaysdemorlaix@appuisante.fr