

FICHE D'ORIENTATION CRT de l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve

Tél. : 04 65 84 46 89

Mail sécurisé : crt@hstv.fr

Date de l'orientation :

ORIENTEUR

Structure/Service :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	En adressant cette fiche d'orientation, vous attestez que vous avez informé votre patient (ou son représentant légal, ou à défaut sa personne de confiance) que vous sollicitez nos services, que votre patient va être contacté par une coordinatrice et que votre patient peut retirer son consentement à tout moment.	
Nom/Prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Profession :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Téléphone :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Consentement recueilli ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mail :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Si non, pour quel motif ?	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PATIENT

Nom de naissance* :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Adresse* :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
*champs obligatoires			
Nom d'usage :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Prénom de naissance* :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Date de naissance* :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél. :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Commune de naissance* :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Mail :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	Nationalité :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Au moment de l'orientation, quelle est la situation de la personne ?

Personne vivant seule ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaire :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Localisation :	<input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> Autre		
Si hospitalisation/SMR Motif :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Date de sortie envisagée :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Personne ressource à contacter :

Nom/Prénom :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Tél. :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Lien avec le patient :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Mail :	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

INTERVENANTS EN PLACE

PROFESSIONNELS	Présent (O/N)	Nom/Prénom	Tél. /Mail
Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Infirmiers/SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Service d'Aide à Domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Mandataire de Justice	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

DROITS/AIDES EN PLACE

DROITS & AIDES	Présent (O/N)	Infos complémentaires
Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Affection : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Plan d'aide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> GIR <input type="checkbox"/> Autre plan
Droits MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prestations : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Autre	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

RECUEIL DE DONNEES

Antécédents : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitements : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Alertes liées à la SANTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de suivi médical | <input type="checkbox"/> Trouble de l'autonomie décisionnelle |
| <input type="checkbox"/> Soins/matériels insuffisants ou inadaptés | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations récurrentes | <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Risque de chute | <input type="checkbox"/> Trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> Incurie | <input type="checkbox"/> Trouble nutritionnel |

Alertes liées à la PERTE D'AUTONOMIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se nourrir | <input type="checkbox"/> Faire ses courses |
| <input type="checkbox"/> Se laver | <input type="checkbox"/> Faire le ménage |
| <input type="checkbox"/> Se déplacer | <input type="checkbox"/> Préparer les repas |
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes | <input type="checkbox"/> Aides insuffisantes ou inadaptées |

Alertes liées à l'ENVIRONNEMENT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epuisement ou absence d'aidant | <input type="checkbox"/> Isolement social/familial |
| <input type="checkbox"/> Refus d'aides et de soins (personne et/ou entourage) | <input type="checkbox"/> Vulnérabilité |

Alertes liées à l'HABITAT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logement inadapté | <input type="checkbox"/> Problème d'accessibilité/Aménagement |
| <input type="checkbox"/> Logement isolé géographiquement | <input type="checkbox"/> Vétusté/Insalubrité/Encombrement/Nuisibles |

Alertes liées aux ASPECTS ECONOMIQUES/ADMINISTRATIFS

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative/Financière |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux droits |
| <input type="checkbox"/> Précarité économique/Endettement |

CONTEXTE & MOTIF DE L'ORIENTATION**Contexte :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Actions déjà réalisées ou en cours :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Actions attendues par nos services :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.