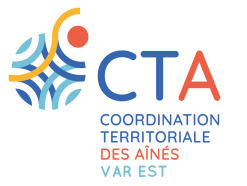
**FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATION À DOMICILE**

**VAR OUEST – PTA**

**04.94.35.32.01**

[**ptavarouest@fondationcos.org**](mailto:ptavarouest@fondationcos.org)

**VAR EST – CTA**

**04.94.47.02.02**

[**contact@ctavarest.fr**](mailto:contact@ctavarest.fr)

Fax : 04.94.39.40.38

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Son environnement habituel :** | | | **Son environnement a changé :** |
| Vit seule | oui | non | Vit seule Aidant(e) familial(e) fatigué(e) |
| Isolée | oui | non | ****Est isolée |
| Passage d’une IDE | oui | non | Arrêt des passages d’une IDE |
| Portage des repas | oui | non | Dysfonctionnement / repas |
| Fait ses courses seule | oui | non | Ne fait plus ses courses seule |
| Ouvre ses volets | oui | non | Reste dans le noir jusqu’à mon arrivée |
| Suivi médical régulier | oui | non | Ne veut plus voir son médecin traitant |

**Cette fiche est à transmettre à votre responsable de secteur**

|  |
| --- |
| **À REMPLIR EN DEHORS DE L’URGENCE**  (urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l’aidant professionnel ou familial) |
| **Nom, prénom de la personne aidée :** |
| **Date de naissance :** ou âge : ans |
| **Téléphone : Commune :** |
| **Fiche renseignée par** (nom, prénom) : **en date du :** |
| **Nom du Prestataire / Structure** |
|  **Accord oral de la personne pour la transmission de la grille** au responsable de secteur et aux professionnels de la coordination le cas échéant |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D’habitude, j’interviens chez la personne pour :** | | | | **Ce n’est plus comme d’habitude :** | |
| Le lever |  |  |  |  |  |
| Le coucher |  |  |  |  |  |
| L’aide à la toilette | haut | bas |  | haut | bas |
| La mobilité |  |  |  |  |  |
| La prise de son traitement |  |  |  |  |  |
| La préparation de repas | matin | midi | soir |  | A moins d’appétit |
| L’aide au repas | matin | midi | soir |  |  |
| L’aide aux courses |  |  |  |  |  |
| L’entretien du domicile |  |  |  |  |  |
| L’entretien du linge |  |  |  |  |  |
| Les sorties |  |  |  |  |  |
| L’aide aux tâches administratives |  |  |  |  |  |
| Autres (prise de RDV…) |  |  |  |  |  |
| La personne accepte l’intervention facilement | oui | non |  | C’est plus difficile | Refuse |
| J’observe que certaines activités qu’elle fait seule sont plus difficiles | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D’habitude quand j’interviens, elle :** | | | **Ce n’est plus comme d’habitude, elle :** | |
| Est d’humeur gaie | oui | non | Semble plus triste |  |
| Communique facilement | oui | non | ****Est parfois agressive | Est plus distante |
| Me reconnaît | oui | non | Me reconnaît plus difficilement | |
| Sait quand je passe | oui | non | Oublie parfois mes passages | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evènements à signaler :** | | |
| Changement d’état physique | oui | non |
| Pansements fréquents sur les parties visibles du corps | oui | non |
| Signe de chute | oui | non |
| Dégradation de l’état du logement | oui | non |

|  |
| --- |
| Autres évènements à signaler : |