

## FICHE D'ORIENTATION DU VAR

### Emetteur de la demande

**Date :**

Nom :

Prénom :

Service / Fonction / Qualité :

Tel :

**Mail :**

### **Identité de la personne concernée**

Nom d'usage :

Adresse :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe :

Tel :

Date de naissance :

Mail :

Ville de naissance :

Département de naissance :

**Famille/Aidant à contacter :**

*Vit seul*

Nom :

Lien :

Tel :

Adresse :

Mail :

La personne est informée de l'orientation et accepte que les informations recueillies soient transmises aux partenaires

### **Motif de la demande :**

### **Aides existantes** (précisez le nom du service)

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Nom :

Nom :

Tel :

Tel :

Mail :

Mail :

IDEL :

Service aide à domicile :

APA :

SSIAD:

Référent social :

Pharmacien:

Téléalarme

Caisse Retraite

HAD :

Portage de repas

MDPH

Autres

ESA

Mesure de Protection

Accueil de jour :

Préciser :

## CRITERES DE FRAGILITE

### Domaine de la Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisation (récente, en urgence) si oui : date et motifs :
- Problème d'autonomie décisionnelle** (problème de mémoire, risque d'abus de faiblesse, difficultés de protection de soi)
- Problème de comportement (déambulation, agressivité...)
- Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe...)
- Risque de chute, chute  Prise de médicaments supérieure à 5
- Dépression (pleurs)  Problème de nutrition (perte de poids, perte d'appétit)

Commentaires :

### Domaine de l'autonomie fonctionnelle

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie** (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, aller aux toilettes)
- Problèmes dans les activités de la vie domestique** (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge, des médicaments, des moyens de communication...)

Commentaires :

### Domaine familial et environnemental

- Epuisement et/ou absence de l'aidant**
- Isolement social ou familial
- Refus d'aide et de soin (de la personne ou de son entourage)
- Aides et soins insuffisants ou inadaptés au domicile

Commentaires :

### Domaine de l'habitat

- Logement inadapté à la perte d'autonomie (accessibilité, vétusté, insalubrité)
- Isolement géographique

Commentaires :

### Domaine des aspects économiques et/ou administratifs

- Difficultés dans la gestion administrative et financière (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, factures impayées, carte de retrait invalidée...)
- Perte ou difficulté d'accès aux droits
- Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Commentaires :

## Professionnel(s) / Structure(s) destinataire(s) de la demande :

Type de structure :

Cocher cette case s'il s'agit d'une demande Réseau soins palliatifs

### CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA REPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur : Date :

Demande validée :  OUI  NON  En attente

Intervention envisagée le : Par (nom et fonction du professionnel) :

ou Réorientation vers :

Copie envoyée à la MAIA / PTA

Maia Var Estérel : [maia.pilote@ajl.asso.fr](mailto:maia.pilote@ajl.asso.fr)

Maia Bassin Hyérois : [cduffaud@fondationcos.org](mailto:cduffaud@fondationcos.org)

Maia Littoral Ouest Var : [maialov@ccas-toulon.fr](mailto:maialov@ccas-toulon.fr)

Maia Provence verte : [s.morat-maiapvaa83@orange.fr](mailto:s.morat-maiapvaa83@orange.fr)

Maia Dracénie : [catherine.certari@ch-draguignan.fr](mailto:catherine.certari@ch-draguignan.fr)

PTA Var Est : [contact@ctavarest.fr](mailto:contact@ctavarest.fr) / [cta@paerpa83.mssante.fr](mailto:cta@paerpa83.mssante.fr) / Fax : 04.94.39.40.38 / Tel : 04.94.47.02.02

PTA Var Ouest : [ptavarouest@fondationcos.org](mailto:ptavarouest@fondationcos.org) / Tel : 04 94 35 32 01