



FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATIONS À DOMICILE

Cette fiche est à transmettre à votre responsable de secteur qui en informera l'environnement de la personne et
 la Coordination Territoriale des Aînés (CTA) Var-Est

 04.94.47.02.02 ou  contact@ctavarest.fr ou  04.94.39.40.38

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
Signalement fait par (nom, prénom) :	en date du :
<input type="checkbox"/> Accord oral de la personne pour la transmission de la grille à la CTA du Var-Est, en charge de la coordination des acteurs du territoire	

Son environnement habituel :	Son environnement a changé :
Vit seule <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Aidant(e) familial(e) fatigué(e)
Isolée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Est isolée
Passage d'une IDE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Arrêt des passages d'une IDE
Portage des repas <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement / repas
Fais ses courses seule <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne fais plus ses courses seule
Ouvre ses volets <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Reste dans le noir jusqu'à mon arrivée
Suivi médical régulier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne veut plus voir son médecin traitant

D'habitude, j'interviens chez la personne pour :	Ce n'est plus comme d'habitude :
Le lever <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le coucher <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la toilette <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
La mobilité <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise de son traitement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation de repas <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> A moins d'appétit
L'aide au repas <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>
L'aide aux courses <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien du domicile <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien du linge <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide aux tâches administratives <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (prise de RDV...) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne accepte l'intervention facilement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> C'est plus difficile <input type="checkbox"/> Refuse <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Semble plus triste
Communique facilement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Est parfois agressive <input type="checkbox"/> Est plus distante
Me reconnaît <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Me reconnaît plus difficilement
Sait quand je passe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oublie parfois mes passages

Evènements à signaler :	
Changement d'état physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pansements fréquents sur les parties visibles du corps	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Signe de chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dégradation de l'état du logement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autres évènements à signaler :
