



DEMANDE DE COORDINATION PTA 24

Envoyez-nous cette demande par email à : contac@dac-24.fr

Date de la demande :

Demander (fonction) :

Coordonnées du Demandeur :

IDENTITE DE LA PERSONNE :

Nom d'usage :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Coordonnées :

Adresse :

Tel :

Personne informée de l'orientation vers la PTA

OUI

NON

NE SAIT PAS

Consentement de la personne à l'accompagnement

OUI

NON

NE SAIT PAS

Le dossier est-il créé sur PAACO

OUI

NON

NE SAIT PAS

ATTENTE DE LA PERSONNE:

Maintien à domicile : OUI

NON

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

ENTOURAGE /FAMILLE

Nom/prénom/lien avec la personne	Coordonnées
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aidant(s) en difficulté :

Oui

Non

AIDE(S) PROFESSIONNELLE(S) DÉJÀ EN PLACE

Structure/Nom de l'intervenant/Fonction	Rythme et modalités d'intervention

ENVIRONNEMENT DE VIE

Vit seul(e) : OUI NON

Isolement : GEOGRAPHIQUE SOCIAL AFFECTIF

Habitat adapté : OUI NON Intérieur : OUI NON Extérieur : OUI NON

Animaux domestiques : OUI NON (chat chien autres) nombre :

Situation familiale : CELIBATAIRE EN COUPLE MARIE(E) VEUF(VE) SEPARÉ(E)

Nombre d'enfant(s) :

D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE (Cocher si la personne ne fait pas seule)

Actes essentiels de la vie		Activités de la vie domestique	
<input type="checkbox"/> Se nourrir	<input type="checkbox"/> Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/> Faire les courses	<input type="checkbox"/> Gérer son budget
<input type="checkbox"/> Se laver	<input type="checkbox"/> Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Faire le ménage	<input type="checkbox"/> Prendre les transports
<input type="checkbox"/> S'habiller	<input type="checkbox"/> Assurer les transferts	<input type="checkbox"/> Entretien du linge	<input type="checkbox"/> Alerter
<input type="checkbox"/> Eliminer		<input type="checkbox"/> Faire les repas	

D'AUTONOMIE DECISIONNELLE ET/OU SOCIALE

<input type="checkbox"/> Difficultés à la gestion courante	<input type="checkbox"/> Risque ou suspicion d'abus de faiblesse	<input type="checkbox"/> Refus d'aide
<input type="checkbox"/> Problème d'accès aux droits	<input type="checkbox"/> Problématique familiale compromettant le maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Refus de soins
<input type="checkbox"/> Problèmes financiers	<input type="checkbox"/> Difficulté de suivi possible par les professionnels	<input type="checkbox"/> Repli sur soi
<input type="checkbox"/> Problèmes juridiques	<input type="checkbox"/> Mise en danger	<input type="checkbox"/> Insalubrité
<input type="checkbox"/> Précarité économique		<input type="checkbox"/> Vétusté

DROITS ET DONNEES ECONOMIQUES

Protection sociale : OUI NON CPAM MSA AUTRE

Mutuelle : OUI NON

Précisez :

Revenus : OUI NON

PROTECTION DE LA PERSONNE

Mesure de protection : OUI NON EN COURS

Type de mesure : SAUVEGARDE DE JUSTICE CURATELLE CURATELLE RENFORCEE TUTELLE

SANTE

Pathologie(s) et trouble(s) associé(s) :

Suivi médical : OUI NON // Médecin traitant : OUI NON NE SAIT PAS

Suivi paramédical : OUI NON

Nom du médecin :

Coordonnées tel :

CHUTE(S)

Dans les 6 derniers mois : OUI NON

Commentaires :

HOSPITALISATION(S)

Dans les 6 derniers mois : OUI NON
NON

Dont passage aux urgences : OUI

Commentaires :

Si vous le souhaitez, et avec le consentement de la personne, vous pouvez nous transmettre tout élément permettant de mieux appréhender la situation du Bénéficiaire (ordonnance, note sociale etc....).

(Cadre réservé à l'équipe PTA 24)

PROFESSIONNEL AYANT PRIS LA DEMANDE :

Type de demande : 1^{ère} demande Nième demande

Mode de réception :

Information

Coordination

Commentaires :

Suivi : Ponctuel Soutenu Intensif

Appel

Email

Courrier

Accueil physique