# Fiche d'orientation du Centre Ressource Territorial de l'Aunis

Date de la demande :

## Personne concernée par la demande

Civilité ☐ M ☐ Mme Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : Né(e) le : / / Age :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone(s) : Email :

Consignes particulières pour la prise de contact (indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite…) :

Situation : ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e)
Nb enfants : .....
Vit : ☐ seul(e) ☐ en famille ☐ avec un conjoint ☐ avec un enfant
☐ avec entourage (liens) :
☐ avec animal de compagnie :

Logement : ☐ maison ☐ appartement ☐ propriétaire ☐ locataire ☐ en milieu rural ☐ en milieu urbain
Etage :
Niveau de dépendance GIR si connu :

Personne de confiance identifiée si elle existe :
Lien (professionnel, famille,…) Nom/Prénom :
Téléphone/mail

## Personne complétant la demande (coordonnées du rédacteur de la fiche)

☐ Libéral ☐ Structure ☐ Aidant ☐ Bénéficiaire
Nom/Prénom :
Fonction : Structure :
Coordonnées :
Téléphone(s) : Mail(s) :

Définir ici le contexte de la demande et la nature des besoins identifiés pour la personne :

## Services et professionnels déjà en place connus

Prise en charge : ☐ PCH ☐ APA ☐ Caisse de retraite..... ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Ne sait pas
Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Informé de la demande : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
Nom Prénom : Commune :
Coordonnées :
Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ En cours

Si oui, Nom du mandataire : ☐ Privé ☐ Associatif ☐ Familial
Coordonnées :
Type de mesure : ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de justice
Hébergement :

Demande de dossier ViaTrajectoire en cours ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, n° dossier Pour quel EHPAD ?
Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Autres services ou professionnels intervenant :

| Services / professionnels déjà en place |
|---|
| Personnel de ménage : |
| Portage repas : |
| Téléalarme : |
| SSIAD : |
| SAAD : |
| Infirmier libéral : |
| Professionnel libéral (infirmier, kiné…) : |
| Autres : |

## Informations dispositif CRT

L'information relative au CRT de l'Aunis a été donnée à la personne ? ☐ Oui ☐ Non
La personne donne son accord pour être contactée par l'équipe du CRT ? ☐ Oui ☐ Non
Si un aidant est présent, adhère-t-il à la démarche ? ☐ Oui ☐ Non

Le présent document doit être adressé :

*Par mail à : crtdelaunis@trema-asso.fr*
*Ou déposé à*
*l'EHPAD Rieux-Coudreau - 7 rue Sainte-Cécile à Dompierre sur Mer (17139)*
*ou à l'EHPAD Les Champs du Noyer - 10 rue des Baraques à Saint-Sauveur-d'Aunis (17540).*

*Vous pouvez contacter le CRT de l'Aunis au 05.46.68.44.00*

*Madame Claire Emerit est Cheffe de projet CRT*

Toutes les informations utiles sur le CRT de l'Aunis sont accessibles sur le site internet de l'association https://www.trema-asso.fr/ rubrique personnes âgées.