

**Fiche d'Identification des Besoins et d'Orientation Guichet Intégré**

Document à utiliser entre professionnels

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Situation nécessitant une réponse urgente  Oui  Non

Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

Personne  Aidant sur conseil d'un professionnel  Professionnel associé à la demande

Nom - prénom du Demandeur : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Structure : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**PERSONNE CONCERNEE**

Nom d'usage et prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Mode de vie : \_\_\_\_\_ A préciser si autre \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS FAMILIALES ET SOCIALES**

Nom - prénom du référent familial : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  Informé de la démarche

Nom - prénom entourage autres : \_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lien : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Mesure de protection : \_\_\_\_\_ Type de protection : \_\_\_\_\_

Nom du tuteur/curateur (éventuel) : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  Informé de la démarche

Aide financière en place : \_\_\_\_\_ Autres (préciser) : \_\_\_\_\_ GIR : \_\_\_\_\_

Personne concernée vivant avec une personne dépendante :  Oui  Non A préciser : \_\_\_\_\_

Clé nécessaire pour accéder au domicile :  Oui  Non

Animaux au domicile :  Oui  Non Type : \_\_\_\_\_

**INTERVENANTS DANS L'ACCOMPAGNEMENT**

(infirmière libérale, kinésithérapeute, SSIAD, SAAD, accueil de jour...)

FONCTION	NOM PRENOM	COORDONNEES	INFORME DE LA DEMARCHE
MEDECIN TRAITANT			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IDE/centre de soins			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SSIAD/HAD/RSP			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SAAD			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**PRECISION SUR LA SITUATION**

\_\_\_\_\_

La personne concernée est favorable à l'orientation et au partage des données strictement nécessaires  Oui  Non  Non adapté

**SIGNAUX D'ALERTE :****ORIENTATIONS PRESENTIELLES**

en s'appuyant sur le référentiel des missions

**1. Champ médical\***

- Hospitalisations non programmées à répétition au cours des 6 derniers mois
- Pathologie(s) chronique(s) et/ou évolutive(s)
- Stabilisée  Aggravée
- Nécessitant des soins infirmiers
- Fréquence des soins : \_\_\_\_\_ Temps de soins : \_\_\_\_\_
- Troubles cognitifs ayant un impact sur la qualité de vie
- Modéré  Important
- Troubles du comportement ayant un impact sur la qualité de vie
- Modéré  Important
- Chutes  A risque  A répétition
- Addiction ayant un retentissement sur le quotidien
- Troubles sensoriels ayant un impact sur la qualité de vie
- Modéré  Important - Type à préciser :
- Variation récente du poids non souhaitée

**2. Autonomie fonctionnelle**

- Difficultés dans les actes essentiels de la vie quotidienne
- Difficultés à gérer les actes de la vie domestique
- Difficultés dans les activités personnelles
- Difficultés à la mobilité
- Faible  Modérée  Forte

**3. Autonomie décisionnelle**

- Incapacité à donner l'alerte
- Incapacité à élaborer un projet de vie
- Incapacité à repérer les dangers
- Incapacité à gérer son budget
- Incapacité à gérer l'administratif
- Décisions inadaptées à la gestion du quotidien
- Déni de la maladie ou des difficultés

Incidence sur la vie quotidienne :

- Faible  Modérée  Forte

**4. Aide, soins et environnement**

- Plan d'aide inadapté
- Plan de soins inadapté
- Déficit du suivi médical
- Difficulté à participer à la vie sociale
- Refus d'aide et/ou de soins
- Situation demandant des ajustements constants
- Epuisement professionnel
- Logement inadapté
- Logement ne répondant pas à des critères de décence

Incidence sur la vie quotidienne :

- Faible  Modérée  Forte

**5. Entourage**

- Personne isolée
- Aidant en difficulté - Préciser : \_\_\_\_\_
- Risque de négligence, de maltraitance, de malveillance
- Conflits de l'entourage

**5. Situation sociale et financière**

- Droits non ouverts
- Situation financière précaire

En cas d'incertitude sur la définition d'un critère, merci de vous aider de la notice de la FIBOGUI

\*Sous réserve d'une validation médicale

**1. Orientations vers dispositif sanitaire/médical et paramédical**

- Evaluation gériatrique (mémoire, gériatrique, EMG,,,) )
- Intervention paramédicale
- Soutien psychologique
- Consultations spécialisées - Préciser : \_\_\_\_\_
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation \_\_\_\_\_
- Hospitalisation A Domicile (HAD)
- Hospitalisation - Préciser la spécialité : \_\_\_\_\_
- Hopital de jour - Préciser la spécialité : \_\_\_\_\_
- Réseau de santé - Préciser la spécialité \_\_\_\_\_
- Equipe Spécialisée Alzheimer Domicile (ESA)
- Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
- Evaluation en soins palliatifs
- UCC : Unité Cognitivo-Comportementale (Aisne)
- Autres décisions - Préciser : \_\_\_\_\_

Nom des services vers lesquels la demande est orientée :

**2. Autres orientations**

- Action de prévention/information
- Association d'entraide et/ou d'usagers
- Soutien de l'aidant (plateforme de répit - groupe de parole - répit à domicile)
- Service à domicile de convivialité et d'animation
- Structure de coordination (CLIC - Service du Conseil Général selon territoire)
- Accompagnement social
- Demande APA
- Demande MDPH
- Hébergement permanent - Préciser : \_\_\_\_\_
- Hébergement temporaire
- Famille d'accueil
- Accueil de jour
- Accueil de nuit
- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
- Garde de nuit
- Portage de repas
- Organisme diffuseur téléassistance
- Protection juridique
- Service de gestion de cas
- Autres actions

Nom des services vers lesquels la demande est orientée :

**Orientation par défaut**

Préciser vers quelle structure : \_\_\_\_\_

Cause :

- Absence du service adapté sur le territoire
- Dans l'attente de disponibilité de la structure sollicitée
- Incapacité financière pour accéder à la ressource adaptée
- Refus de la structure sollicitée
- Autres \_\_\_\_\_

**REPONSE DU SERVICE SOLLICITE AU PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE**

Date de la réponse : \_\_\_\_\_ Nom - prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Structure : \_\_\_\_\_

Demande acceptée par le service sollicité  Oui  Non Si non orientation vers : \_\_\_\_\_Motif du refus  Absence de place  Critères d'inclusion non remplis  Refus par la personne/aidant - Préciser le motif : \_\_\_\_\_ Autres motifs - préciser : \_\_\_\_\_