

## FICHE RENSEIGNEMENTS FAMILLE - MAINTIEN A DOMICILE - PERSONNES AGEES / PERSONNES HANDICAPEES -

Visite à domicile : ..... Ass. Connue par : .....  
Secteur : ..... CT fait le : .....

NOM : ..... NOM de JF : ..... Prénom : .....  
**ADRESSE DOMICILE :** .....  
**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....  
**ETAGE :** ..... **BAT :** ..... **N° Appt :** ..... **Code :** .....  
**Bus :** ..... **Métro :** ..... **RER :** ..... **TRAM :** .....  
**TEL DOMICILE :** ..... **TEL PORTABLE :** .....  
**SITUATION FAMILIALE :** .....  
**Date de NAISSANCE :** ..... **LIEU :** ..... **N° SECU :** .....

**COORDONNEES DE L'ENTOURAGE :**

.....  
 .....  
 .....

**TUTEUR OU CURATEUR :**

.....  
 .....

**MEDECIN TRAITANT :** .....

**AUTRES INFOS :** .....

.....

**Autres dispositifs de maintien à domicile mis en place :**

Soins à domicile       Repas à domicile       GIN       Téléalarme  
 Autres : .....

**GRILLE AGGIR :**

[A: Fait seul / B: Partiellement / C : Non]

Cohérence <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Habillage <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Transferts <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Orientation <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Alimentation <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Déplacements intérieurs <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Déplacements extérieurs <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Toilette <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Elimination <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Communication <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Transport <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Gestion <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Cuisine <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Achats <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Ménage <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Temps libre <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Suivi traitement <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		

**GIR :**

**GRILLE AGGIR ET PLAN D'AIDE COMMUNIQUEES LE :** .....

**Type de service :**

MANDATAIRE       PRESTATAIRE       CESU       Autre

Si demande est : APA, AS, MDPH, ou AUTRE.....  
N° de dossier : .....Mont Prise en charge CG : .....Tx ou montant de participat° : ...

**ASSISTANT SOCIAL DU DEPARTEMENT :** .....

**N° URSSAF ( si mandataire) :** .....

**Type d'interventions :**

Entretien du domicile	<input type="checkbox"/>	Entretien du linge & repassage	<input type="checkbox"/>
Aide à la toilette	<input type="checkbox"/>	Aide au lever et au coucher	<input type="checkbox"/>
Cuisine et préparation des repas	<input type="checkbox"/>	Aide à la prise de repas	<input type="checkbox"/>
Compagnie	<input type="checkbox"/>	Accompagnement aux sorties	<input type="checkbox"/>
Assistance administrative	<input type="checkbox"/>	Courses	<input type="checkbox"/>

**FREQUENCE :** Ponctuel  Régulier

**NOMBRE HEURES MOIS :** \_ \_ \_ \_ \_

**BESOINS HORAIRES :**

**MATIN**

**APRES MIDI**

Lundi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Mardi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Mercredi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Jeudi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Vendredi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Samedi	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....
Dimanche	<input type="checkbox"/> matin.....	<input type="checkbox"/> midi .....	<input type="checkbox"/> après midi.....	<input type="checkbox"/> Soir.....

Jours Fériés  OUI  NON

**Tâches à réaliser :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Indications particulières :**

.....  
.....  
.....

**DATE SOUHAITEE POUR LA PREMIERE INTERVENTION :** .....  
**INTERVENANT(S) :** .....

**DATE DE DEBUT :** ..... **SALARIE(E) :** .....

Nombre de clés remises	<input type="checkbox"/> =>	Au responsable de secteur	<input type="checkbox"/>	A l'intervenant	<input type="checkbox"/>
Clés à disposition	<input type="checkbox"/>	Boîte aux lettres	<input type="checkbox"/>	Badge	<input type="checkbox"/>
Gardien	<input type="checkbox"/>	Voisin	<input type="checkbox"/>		