

Isolement :

	OUI	NON	NSP(*)
Sentiment de solitude sans être isolé socialement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de réseaux personnels le week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de réseaux professionnels le week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voisinage indifférent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de contact avec sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confinement à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence d'une personne autonome à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil récent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autonomie :

	OUI	NON	NSP
Difficultés à se servir du téléphone pour appeler l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à se servir du téléphone pour répondre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à utiliser les moyens de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à prendre son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiaire de l'APA

OUI NON NSP

Intervenants à domicile :

	OUI	NON
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions / semaine
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions / semaine
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions / semaine
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions / semaine
Autres (précisez) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nombre d'interventions / semaine

Altération des fonctions supérieures et de l'humeur :

	OUI	NON	NSP
Difficultés de mémoire ou épisode de confusion passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles dépressifs dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles dépressifs actuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etat somatique :

	OUI	NON	NSP
Baisse de l'état général progressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépendance à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeutique complexe (+ de 4 médicaments/jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise d'antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chute dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes : - d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédent d'hospitalisation dans l'année précédente :

OUI NON NSP

Observations complémentaires :

La personne a été informée du contenu de ce questionnaire. Elle accepte et demande à bénéficier de ce dispositif.

Fait à :

Le :

Signature :

DEMANDE D'INTERVENTION

Nom de l'appelant :

SOUTIEN TELEPHONIQUE AUX PERSONNES AGEES

Fiche de renseignements concernant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

Age :

Motifs de la demande :

Nom du Médecin traitant :

Fiche complétée par :

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle:

tél. :

A retourner à : nathalie.gonfray@cpn-laxou.com (Lunéville) ou celine.parenty@cpn-laxou.com (Saint Nicolas de Port)

Ou S.T.A.P.A. - C.M.P.

7, rue de l'Abbé Renard

54300 LUNEVILLE

Tél. : 03.83.92.67.00

Fax : 03.83.73.90.18

