Altération des fonctions supérieures et de l'humeur :

	OUI	NON	NSP (*)
Difficultés de mémoire ou épisode de confusion passé	☐	☐	☐
Troubles dépressifs dans le passé	☐	☐	☐
Troubles dépressifs actuels	☐	☐	☐
Tentative de suicide	☐	☐	☐

Isolement :

	OUI	NON	NSP
Sentiment de solitude sans être isolé socialement	☐	☐	☐
Voisinage pouvant être sollicité	☐	☐	☐
Contact avec sa famille	☐	☐	☐
Confinement à domicile	☐	☐	☐
Présence d'une personne autonome à domicile	☐	☐	☐
Deuil récent	☐	☐	☐

Autres ……

Perte d'autonomie :

OUI	NON	NSP
☐	☐	☐

Si oui, précisez :

……
……
……
……
……
……
……

Bénéficiaire de l'APA :

OUI	NON	NSP
☐	☐	☐

Etat somatique :

	OUI	NON	NSP
Baisse de l'état général	☐	☐	☐
Perte de poids récente	☐	☐	☐
Dépendance à l'alcool et autres toxiques	☐	☐	☐
Prise d'antidépresseurs / anxiolytiques / somnifères	☐	☐	☐
Douleurs	☐	☐	☐

……
……

Autres ☐ ☐ ☐

……
……

Antécédent d'hospitalisation lors des 12 derniers mois :

OUI	NON	NSP
☐	☐	☐

Observations complémentaires :

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

OUI	NON
☐	☐

(*) Ne Se prononce Pas

DEMANDE D'INTERVENTION S.T.A.P.A.

Nom de l'appelant :

Fiche de renseignements concernant :

Nom : **Prénom :**
Adresse :

Tél. : **Date de naissance :** **Age :**

Présentation de la situation :

Intervenants/aidants à domicile

(Médecin traitant, infirmier libéral, auxiliaire de vie, proche aidant)

Fiche complétée par :

Nom : Prénom :
Adresse professionnelle: tél. :

A retourner à : cmp.adultes.lune@cpn-laxou.com (Lunéville) ou secretariat.antigone@cpn-laxou.com (Saint Nicolas de Port)