



EAAR 44

FICHE SAISINE
Equipe d'appui en adaptation et réadaptation 44

Date :

Accord de la personne

1) Personne concernée :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale :

célibataire marié veuf concubinage

divorcé séparé

Personne ressource : Nom/Prénom : Tél. :

Lien avec la personne :

Médecin traitant :

APA : oui non

PCH : oui non

AAH : oui non

2) Personne à l'origine de la demande :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Tél : Fax/E-mail :

3) Résumé de la situation et nature du besoin

AIDANTS FAMILIAUX :

oui non

Pas de difficultés

A soutenir-risque d'épuisement

Difficultés importantes-conflit-incompréhension

AIDANTS PROFESSIONNELS :

oui non

Pas de difficultés

A soutenir-risque d'épuisement

Difficultés importantes-conflit-incompréhension

CHUTES :

Aucune

Occasionnelle inférieur à 1/mois

Fréquentes : supérieure à 1/mois

LOGEMENT :

Aucun besoin

A approfondir

Logement inadapté

TROUBLES COGNITIFS :

Aucun trouble apparent

Troubles probables

Troubles avérés

ETAT PSYCHOLOGIQUE :

Anxiété-tristesse-repli sur soi

Changement de comportement

Difficulté d'acceptation de la dépendance

VIE QUOTIDIENNE : Toilette/Habillage/Repas/Déplacements/Transferts :

Pas de problème

Quelques difficultés-à approfondir

Problèmes importants

Observations :