|  |
| --- |
| **Instance RPP – PA : REUNION PLURI-PROFESSIONNELLE PERSONNES AGEES** |

**FICHE DE SIGNALEMENT SITUATION COMPLEXE PERSONNE + 60 ANS**

**A transmettre à Cinthia ROMUD (Responsable de la coordination gérontologique au CCAS)**

[**cinthia.romud@ville-saint-denis.fr**](mailto:cinthia.romud@ville-saint-denis.fr) **– Tél : 01.49.33.68.23**

**Service/professionnel à l’origine de la demande :**

**(Nom Prénom – Tél – mail)**

**Date d’étude de la situation**

**Date du signalement : / /20**

**PERSONNE CONCERNEE :**

**NOM : Prénom :**

**Date de naissance : Age : Sexe : H /\_\_/ F /\_\_/**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Situation familiale :**

**Revenus (si connus) :**

**Mesure de protection : Oui /\_\_/ Non /\_\_/**

**Situation locative (propriétaire – locataire – hébergé.e) :**

**Risque d’expulsion : Oui /\_\_/ Non /\_\_/**

**La personne ou la famille a été prévenue du passage en RPP : /\_\_/Oui /\_\_/Non**

**Si non : Pour quels motifs ?**

**PERSONNES DE L’ENTOURAGE REFERENTES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité** | **Adresse** | **Téléphone** | **Lien** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MEDECIN TRAITANT :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Le médecin est informé de la demande/problématique : /\_\_/Oui /\_\_/Non**

**AUTRES PROFESSIONNELS INTERVENANT :**

**Nom – Prénom :**

**Qualité :**

**Nom – Prénom :**

**Qualité :**

**EXPOSE DE LA DEMANDE/PROBLEMATIQUE :**

|  |
| --- |
|  |

**ACTIONS EVENTUELLES DEJA MISES EN PLACE :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Interlocuteur** | **Actions proposées** | **Résultats obtenus** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alertes**

□ plainte exprimée sur sa santé □ problème de mémoire

□ perte de la mobilité, de l’équilibre □ désorientation (dans l’espace ou le temps)

Santé

□ baisse sévère d’un des 5 sens □ modification récente du comportement

**1**

□ perte de poids, d’appétit (repli, tristesse, déambulation, agressivité..)

□ difficultés à se nourrir ou boire □ risque de fugue

□ essoufflement même au repos □ hospitalisations répétées

□ chutes fréquentes, plaies □ douleurs

□ absence de suivi médical

Autonomie fonctionnelle

□ problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s’habiller, se laver, aller aux toilettes...)

**2**

□ problèmes dans les activités de la vie domestique (course, ménage, repas, linge, médicaments…)

□ problèmes dans les activités personnelles et loisirs (ne peut plus faire celles qu’elle aimait faire)

□ personne vivant seule avec peu ou pas de contact

Aspects

familiaux ou sociaux

□ personne ayant un ressenti de solitude □ aidant peu présent, épuisé, dépassé,

□ risque ou suspicion de maltraitance lui-même malade, récemment décédé

□ problématique familiale □refus d’aide ou de soin

**3**

compromettant le maintien à domicile (par la personne ou son entourage)

(conflits, projet non partagé, déni ou □ épuisement des professionnels

incompréhension de la maladie, □ possède un animal de compagnie

interlocuteurs multiples…)

Aspects

éco ou adm

□ désintérêt ou difficulté dans la gestion courante □ précarité économique

**4**

(papiers, factures, budget, plus d’argent liquide…) □ risque ou suspicion d’abus de faiblesse

□ droits non connus, non ouverts ou perdus

**5**

Sécurité

□ logement inadapté (risque de chute ou d’accident) □ logement inaccessible

□ logement vétuste □ risque d’accident pour la personne ou pour autrui

□ projet d’entrée en EHPAD évoqué □ logement infesté ou encombré

□ projet d’entrée en Résidence autonomie évoqué□ pas de logement

**Autres signes d’alertes non répertoriés dans la grille**

**QUI SOUHAITERIEZ-VOUS CONVIER A LA REUNION ? :**

**Nom**

**Nom – Prénom :**

**Qualité :**

**Nom – Prénom :**

**Qualité :**