**Date d’envoi :**

**Motif de transmission :** Information Orientation ** *La personne doit être informée de la transmission des informations la concernant.*

**Personne en situation fragile/préoccupante** *(opposition aux dispositifs, conflits familiaux, aidants en difficulté, errance, déambulation, isolement social)*

*\*Champs obligatoires*

**\*Coordonnées**

**Civilité** M.  Mme. **Nom d’usage :**       **Nom de naissance** **Prénom :** **Né(e) le :**       **Age :**

**Adresse :**

**Téléphone(s) :** .

**Email :**

Consignes particulières pour la prise de contact *(par exemple si la personne est malentendante, des horaires d’appel ou de visite…)* :

**Situation :**  marié(e)  pacsé(e)  concubinage  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  veuf(ve)

**Nombre d’enfants :**

**Vit :**  Seul(e)  Avec un conjoint  Avec un enfant  En famille  Autres personnes, précisez :

Avec animal de compagnie : précisez

**N° de Ss :** .      **Caisse d’assurance maladie :**       **Caisse de retraite :**       **Mutuelle :**

**Suivi des démarches :** contacter la personne elle-même en priorité

# Personne(s) ressource

1. **Lien** (professionnel, famille, voisinage) :       **Nom prénom :**      Contacts :
2. **Lien** (professionnel, famille, voisinage) :       **Nom prénom :**      Contacts :

**\*Contexte de la demande** *(formulée le* *01/01/2020)*

Origine :

Détails :

**Les problématiques repérées**

**Santé :**

Absence de suivi médical

Problématique de nutrition / modification du poids

Hospitalisations répétées

Problèmes de mémoire

Déficience sensorielle (auditive, visuelle...)

Comportement (agitation, repli sur soi…)

**Autonomie fonctionnelle :**

Difficultés pour les actes de la vie quotidienne/ pour les activités domestiques

Chutes fréquentes

**Sécurité de la personne et de son environnement :**

Logement inadapté

Logement vétuste, suspicion d’insalubrité

Risque de se mettre en danger

Isolement géographique(difficultés d’accès aux services et commerces de proximité)

**Aspects familiaux et sociaux :**

Vit seul(e)

Aidant absent

Aidant en difficulté

État de santé de l’aidant dégradé

Absence de réseau familial

Refus d’aide ou d’interventions de professionnels

**Aspects économiques et administratifs :**

Difficultés à gérer l’administratif

Refus du plan d’aide

Précarité économique

Absence d’ouverture de droits

**Autre(s) problématique(s) :**

# Services et professionnels en place connus

**Prise en charge connue :** PCH APA Caisse de retraite P**rise en charge envisagée :** PCH APA Caisse de retraite

**Médecin traitant :** Oui Non Ne sait pas **Informé de la demande :** Oui Non Ne sait pas

**Nom et prénom :**       **Coordonnées :**

**Mesure de protection juridique :**  Oui  Non  Ne sait pas  En cours

**Nom du mandataire :**        Privé  Associatif  Familial

**Coordonnées :**

**Type de mesure :**  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle Sauvegarde de justice **Accueil et hébergement :**

|  |  |
| --- | --- |
| Accueil familial : | Oui Non Demande en cours  Envisagé |
| Hébergement temporaire : | Oui Non Demande en cours  Envisagé |
| Hébergement permanent : | Oui Non Demande en cours Envisagé |
| Accueil de jour : | Oui Non Demande en cours Envisagé |
|  |  |

**N° de dossier ViaTrajectoire grand âge :**

**Autres services ou professionnels :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Service/professionnel**  (SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage de repas, travailleur social...) | **Coordonnées** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# \*Professionnel complétant la demande (coordonnées du rédacteur du RIO)

Nom prénom :

**Fonction :**       **Structure :**      .

**Service/unité**

**Téléphone(s)** **Mail(s)**

# \*Orientation

**La personne souhaite engager seule les démarches.**

**La personne souhaite être accompagnée ;** **elle est informée de la transmission des informations la concernant.**

**Orientation vers :**      .

**Motifs et commentaires :**      **\***

**Réponse à renvoyer à l’emetteur** (encart réservé au récepteur du RIO)

**Nom de la structure receveuse :**

Orientation validée .

Orientation refusée (motif) : .

Réorientée vers (type et nom du service) :

***La personne est avertie de cette nouvelle transmission d’information la concernant***.