**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***.