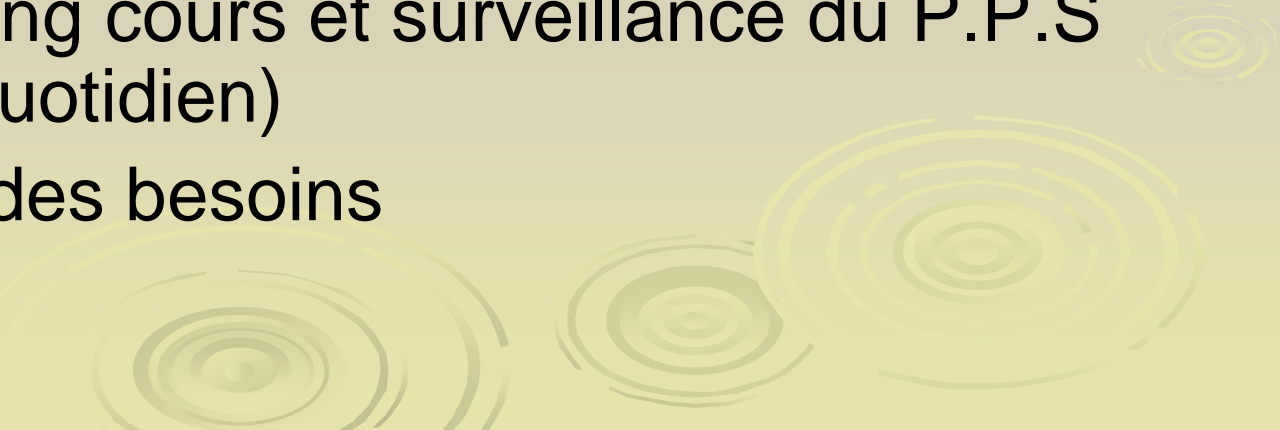


EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE SIMPLIFIEE

E. G. S. S



La gestion de cas est un processus en 6 étapes

- Le repérage
 - L'évaluation multi-dimensionnelle des besoins (plan d'aide, plan de soins).
 - L'élaboration du P.I.P ou P.P.S
 - La mise en place du plan et négociation de l'intervention des professionnels et services requis
 - Le suivi au long cours et surveillance du P.P.S (gestion au quotidien)
 - L'évaluation des besoins
- 

NOM, Prénom Patient :
GERONT'EMERAUDE

E.G.S.S. Date : Age : CHIPS :	<u>IADL :</u>	<u>Horloge :</u>	<u>M.M.S :</u>
	<u>Marche</u> Antécédents chutes Situation monopodale 5s	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
	<u>Cognition</u> Date Jour Mois Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
	<u>Dépression</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<u>Nutrition</u> Poids -1kg/mois Poids -4kg/6 mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
	<u>Sens</u> Vue Oüie	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Mauvais
	<u>Continent</u> Urinaire Fécal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
	<u>Etat dentaire</u>	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais
	<u>Etat cutané</u>	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais
	Poids		
	Taille		
	I.M.C.		

Motif de la demande :
.....
.....

Variables influant sur l'inclusion malgré un score < 6

- refus d'aide
- troubles majeurs du comportement (psy ou gériatrie ?)
- dépendance visuelle
- autres (à préciser)

.....
.....

Variables influant sur la non inclusion malgré un score > = 6

- environnement familial investi
- tuteur efficace
- maintien à domicile organisé et solide
- simple demande de renforcement des aides
- autres (à préciser)

.....
.....

**Intervention du Réseau
Orientation vers le CLIC**

oui **non**

FICHE D'IDENTITE ET D'ORIENTATION

Date de la demande

Pol Aurélien et Maïa

Demande par :

Reçue par :

au téléphone

à l'accueil

Date d'évaluation

Date 1^e admission

Date de sortie

ÉVÈNEMENT

Liée à la personne

- sortie d'hôpital
- défaillance de l'aidant
- perte d'usage dans les actes de la vie quotidienne
- autre

Liée à l'environnement

- isolement géographique
- isolement familial

ÉTAT CIVIL

NOM

Nom de jeune fille

Prénom

Situation familiale : C M D V

Né(e) le

à

Adresse

Code postal Ville

Point de repère

Tél. fixe Portable..... Courriel

Retraitée préciser la catégorie socioprofessionnelle :

Autre situation (spécifier)

ASSURANCE MALADIE

NOM DE L'ASSURÉ Date de naissance

CAISSE

N° de sécurité sociale 100 % : OUI NON

Mutuelle N°

MESURE DE PROTECTION

La personne fait-elle l'objet d'une mesure de protection ? OUI NON en cours

Si oui, laquelle ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom et prénom de la personne ou de l'organisme chargé de la mesure

.....

Numéros de téléphone

A.P.A. : oui non

GIR :

Dossier n° :

ENTOURAGE - FAMILLE

Ref	Nom Prénom	Date de nais.	Lien de parenté	Vit au foyer	Adresse	Profession	Téléphone

Formulation de la demande :

Dossier n° :

Une situation ne correspond pas à la Gestion de Cas si :

- la personne est âgée de - de 60 ans (*sauf si elle a une maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté probable*).
- une entrée en hébergement définitif est prévue rapidement.
- il s'agit d'un simple renforcement des aides.
- le maintien à domicile est bien organisé.

En vous référant au protocole d'orientation, vous pouvez orienter la personne vers les points d'accès, ou directement vers le service adapté au besoin identifié.

- Une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée est-elle probable ? oui non suspicion
- Décès de l'aidant principal oui non
- Maintien à domicile compromis par des facteurs liés à :

- La personne :

		Oui	Non	Suspicion*
	Troubles de la communication (langage, visuels, auditifs invalidants...)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles comportementaux ayant un <u>impact</u> pour la personne et/ou son entourage (agressivité, hallucinations, trouble du comportement alimentaire...)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	Refus d'aide et /ou de soins ou méconnaissance des difficultés	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hospitalisations fréquentes non programmées	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Difficulté dans la vie quotidienne (<i>repas, soins d'hygiène, gestion administrative, habitat...</i>)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- L'environnement :

	Vit seul au domicile	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aidant âgé et / ou fragilisé	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Absence d'aidant principal	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Freins de l'entourage (psychologique, financier...) ou désaccord familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficultés financières	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Aides professionnelles absentes, insuffisantes ou inadaptées	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Total score : /10

- ♦ Si critères A+B+C } orientation GC
 Ou si score > 7
 ♦ Si score < 7 : orientation RPA

* A argumenter dans les commentaires

Commentaires :

SUITES DONNÉES A LA DEMANDE :

➤ Orientation au GC : OUI NON

➤ Orientation au RPA : OUI NON

☞ Si non, Orientation(s) éventuelle(s) :

- | | | |
|--|---|------------------|
| - Médecin Traitant <input type="checkbox"/> | - Assistante sociale <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - CLIC <input type="checkbox"/> | - Réseau <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - France Alzheimer 29 <input type="checkbox"/> | - Autre <input type="checkbox"/> | Précisez : |

Observations :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

USAGER NOM – Prénom : GERONT'OUEST Trégor

Avoir au moins 3 critères de fragilité

CRITERES DE FRAGILITE		OUI	NON
Age \geq à 85 ans			
Polypathologie			
Polymédication \geq à 4 médicaments			
Déclin des fonctions intellectuelles	➤ Etat démentiel		
	➤ Etat confusionnel		
Dépression - Démotivation			
Dénutrition	➤ ↘ Poids récent		
	➤ Poids bas		

Troubles neurosensoriels	➤ Troubles visuels		
	➤ Troubles auditifs		
Instabilité posturale			
Sédentarité = déconditionnement physique			
Incontinence	➤ Urinaire		
	➤ Fécale		
Autonomie dans les actes dans la vie quotidienne	➤ Utilisation du téléphone		
	➤ Utilisation des transports		
	➤ Prise des médicaments		
	➤ Gestion des finances		
Isolement socio familial			

FICHE DE REPERE RESEAU BRESTOIS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Age :

Antécédents : OUI NON

Symptômes gériatriques

Trouble de la marche : chute : oui non

Désorientation temporo-spatiale : oui non

Démence : oui non

Incontinence : oui non

Perte de poids : oui non

Difficultés aux gestes de la vie quotidienne :

Se lave seul(e)

S'habille seul(e)

Se rend aux toilettes seul(e)

Se déplace seul(e)

S'alimente seul(e)

