



Fiche d'orientation du Centre de Ressources  
Territorial Le Beausset - Var Ouest



**Date de la demande :** ...../...../.....

**Bénéficiaire**

**Civilité :**  M  Mme

**Nom d'usage :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** ..... **Age :** .....

**Adresse:**.....

**Code postal :** ..... **Commune :**.....

**Téléphone(s) :** .....

**Email :** .....

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

.....  
.....

**Situation :**

marié(e)  veuf(ve)  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  pacsé(e)   
concubin(e) Nb enfants : .....

**Vit :**  seul(e)  en famille  avec un conjoint  avec un enfant

avec entourage (liens) : .....

avec animal de compagnie : .....

**Logement :**  maison  appartement / **Etage :** .....

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

Contacter la personne ressource

**GIR** si connu : .....

N° sécurité sociale : .....

**Personne à contacter**

**Lien** (professionnel, famille, voisinage) : .....

**NOM, Prénom :** .....

**Coordonnées :** .....



Fiche d'orientation du Centre de Ressources  
Territorial Le Beausset - Var Ouest



Est-elle désignée comme personne de confiance :  Oui  Non

**Coordonnées du rédacteur de la fiche**

Bénéficiaire     Aidant     Structure     Professionnel libéral

**Nom Prénom** : .....

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

**Service/unité** : .....

**Téléphone(s)** : ..... **Mail(s)** : .....

**Contexte de la demande (raison, fragilités et problématiques)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant<br>EHPAD | <input type="checkbox"/> Liste d'attente pour une entrée en |
| <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation        | <input type="checkbox"/> Indisponibilité de l'aidant        |
| <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie               | <input type="checkbox"/> Isolement social                   |
| <input type="checkbox"/> Refus de soins                  | <input type="checkbox"/> Isolement géographique             |

.....  
.....  
.....  
.....

**Dispositifs intervenants au domicile et coordonnées**

- Aides ménagères : .....
- Portage de repas : .....
- SSIAD : .....
- SAD : .....
- HAD : .....
- Equipe mobile : .....
- Professionnels libéraux : .....
- Autres : .....



Fiche d'orientation du Centre de Ressources  
Territorial Le Beausset - Var Ouest



**Services et professionnels connus**

**Prise en charge :**  PCH  AAH  APA  Caisse de retraite

**Si en cours date de la demande :** .....

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

**Nom Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Coordonnées :** .....

**Mesure de sauvegarde**  Oui  Non  Ne sait pas

**Date de mise en place et durée :** .....

**Mesure protection juridique :**  Oui  Non  Ne sait pas

**Type de mesure :**  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle

**Date de mise en place et durée :** .....

**Habilitation familiale :**  Oui  Non  Ne sait pas  En cours

**Nom du mandataire / représentant légal :** .....

Privé  Associatif  Familial

**Adresse :** .....

**Coordonnées :** .....

**Mandat de protection future**  Oui  Non

**Directives anticipées**  Oui  Non

**Dossier Via Trajectoire renseigné**  Oui  Non **Si oui, n° dossier** .....

Hébergement temporaire sur les 6 derniers mois ?  Oui  Non

Hébergement Temporaire  Hébergement Temporaire Urgence

**Information dispositif CRT**

Le/La bénéficiaire donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?

Oui  Non

Le représentant légal et/ou aidant donne son accord pour être contacté par l'équipe du CRT ?



Fiche d'orientation du Centre de Ressources  
Territorial Le Beausset - Var Ouest



Oui  Non