

Renouvellement de prise en charge

 Fin de prise en charge

(Service Evaluation Orientation)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

N° dossier MDPH :

IDENTIFICATION DU SERVICE

Nom du service :

Date de début de la dernière prise en charge effective par le SAMSAH-SAVS :

Date de début de la première prise en charge effective par le service (si différente) :

SYNTHESE DU PROJET DE LA PERSONNE OU DE SON PARCOURS DE VIE

(tel que recueilli par le service à l'arrivée de la personne, à l'occasion de la dernière orientation / renouvellement de prise en charge)

(NB : Initialement, sous-rubrique de la fiche originale intitulée "besoins de la personne")

ACCOMPAGNEMENT ACTUEL (Réf GEVA p.34)

Intervenants SAMSAH-SAVS	<input type="checkbox"/> Educateur spécialisé	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Codeur LPC	<input type="checkbox"/> Médecin
	<input type="checkbox"/> Moniteur éducateur	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Traducteur en LSF	<input type="checkbox"/> Spécialité (Précisez)
	<input type="checkbox"/> Ass. Serv. Social	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Technicien de l'écrit	
	<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Psychologue	
	<input type="checkbox"/> CESF	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Autre/s (Précisez)	
	<input type="checkbox"/> Aide-soignante	<input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique		

Autres services d'aide à domicile	<input type="checkbox"/> Service d'auxiliaires de vie	<input type="checkbox"/> Portage de repas
	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Téléalarme
	<input type="checkbox"/> Service d'aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Autre/s (précisez) :

Suivis médicaux et paramédicaux hors du SAMSAH	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Service hospitalier
	<input type="checkbox"/> CATTP	<input type="checkbox"/> Psychologue libéral	<input type="checkbox"/> Autre/s (précisez) :
	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	<input type="checkbox"/> Psychiatre libéral	

Préférence d'un entourage

familial ou autres Aidants

(si oui, spécifier le lien avec la personne, la proximité géographique, la fréquence des visites, la régularité des visites, et, le cas échéant, le type d'aide apportée)

Autres suivis Réguliers	<input type="checkbox"/> CCAS	<input type="checkbox"/> Mission locale
	<input type="checkbox"/> Cap Emploi	<input type="checkbox"/> Autre/s (précisez) :
	<input type="checkbox"/> Pôle Emploi	

Mesure de Protection	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Personne exerçant la mesure (famille, organisme, autre) :
	<input type="checkbox"/> Tutelle	
	<input type="checkbox"/> Autres mesures de protection	

ACCOMPAGNEMENT REALISE ET BESOINS DE LA PERSONNE

(NB : Initialement, rubrique intitulée "évaluation de la prise en charge")

	Besoins initiaux de la personne	Accompagnement réalisé	Observations	Perspectives
Accompagnement (Cf. GEVA)	(par rapport aux activités citées ; liste non exhaustive) (Cf. Projet personnalisé et recommandations ANESM sur les attentes de la personne de décembre 2008)	(intervention de l'équipe selon le bilan d'accompagnement : type de professionnels intervenants, fréquence moyenne d'intervention) (Cf. Bilan d'accompagnement et recommandations ANESM)	(évolutions, difficultés, obstacles, et /ou éléments de facilitation dans la mise en oeuvre du projet de la personne, dans sa situation ou dans l'accompagnement par le service)	Durée prévisible... (suivis ou accompagnements à mettre en place et/ou à faire évoluer en fonction des observations listées)
Accompagnement aux actes élémentaires de la vie	(Ex d'activités : manger, s'habiller et se déshabiller, se laver, utiliser les toilettes)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement à l'entretien personnel	(Ex d'activités : prendre soin de son apparence physique, surveiller son régime alimentaire, gérer son repos nocturne quotidien)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement lié aux soins de santé	(Ex d'activités : exprimer une demande de soins, se soigner, utiliser les différents systèmes de santé).	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement à la vie domestique et vie courante	(Ex d'activités : se déplacer à l'intérieur de son logement, préparer un repas simple, faire ses courses, faire son ménage, vivre dans un logement personnel)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement relatif à la communication	(Ex d'activités : mener une conversation, lire, écrire, utiliser les moyens de communication à distance)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement aux activités sociales extérieures	(Ex d'activités : se déplacer à l'extérieur de la maison, utiliser les transports en commun sur les trajets habituels, utiliser un transport individuel, participer à des activités récréatives ou des loisirs avec d'autres personnes, partir en vacances)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement aux démarches administratives et gestion financière	(Ex d'activités : gérer son argent au quotidien, gérer son compte bancaire, faire des démarches administratives)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement à la formation et à l'emploi	(Ex d'activités : lire, écrire, calculer, acquérir et appliquer un savoir-faire, respect des règles sociales de base, utiliser du matériel)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Accompagnement à l'adaptation du cadre de vie	(Ex d'activités : adaptation du logement, de la voiture etc.)	Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	
Autres accompagnements		Réalisé du... au ... (facultatif)	Réalisée au ... (date)	

Conclusions :

Etabli le (date) :

Par (nom, prénom, fonction) :

Signature du professionnel :

Signature de l'utilisateur :

(s'il a participé à l'élaboration de la fiche de liaison)