



AVANT'AGE SANTE SENIORS 07

EVALUATION

Date de l'entretien : 09/06

Prescripteur : AFAD 07 – M. CRESSOL

IDENTITE DES BENEFICIAIRES :

NOM :

NOM de jeune fille:

Prénom :

Date de naissance :

Age : 69 ans

Lieu de naissance : drome

Adresse : St Fortuna sur Eyrieux 07360

Numéro de téléphone :

Nationalité : F

NOM :

NOM de jeune fille:

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

SITUATION SOCIALE

Situation familiale :

Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Concubinage Célibataire

Enfants : 3

Petits-enfants : 2

Conditions de vie :

Vit seul(e) En couple Autre (préciser) :

Protection juridique :

OUI

NON

Si oui :

Habilitation familiale

Tutelle

Curatelle

Autre (préciser) :

Représentant légal :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Commentaires : *(évènements marquants, relation familiale, souvenirs professionnel...)* :

VOLET SOCIAL

Assistante sociale ou autres partenaires :

Mme Trento AS APA La Voulte Sur Rhône – mptrento@ardeche.fr

Aides perçues :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : OUI NON EN COURS

Prestation Compensatrice du Handicap (PCH) : OUI NON EN COURS

Autres : CARTE INVALIDITE 80%

Vie sociale :

Famille : enfant présent

Ami/ Voisinage / Entourage : bon entente voisin - entraide

Activité loisir / Centre intérêt : tricot, mot croisé, jeu de société

Présence animaux : chat

Partez-vous en vacances : OUI NON

A quelle fréquence sortez-vous de chez vous ? Rarement, en compagnie de la famille (week end)

Connaissez-vous les activités proposés dans votre ville pour les séniors ? OUI NON

Sécurité sociale :

Nom de l'organisme d'assurance maladie : CPAM Ardèche

Adresse :

Mutuelle : EOVI MCD Mutuelle

Médecin traitant :

Dernier RDV au médecin : régulier

Pathologies / antécédents médicaux (diabète, hypertension, cholestérol) :

Insuffisance rénale / éléphantiasis membres inférieurs

Traitement médicamenteux : OUI NON

Si oui pilulier ? Prise régulière sans oubli ?

Régime Alimentaire : OUI NON

Bilan de santé: OUI NON

Hospitalisation : OUI NON

Tabagisme : OUI NON

Autonomie à domicile : OUI NON

Autonomie à l'extérieur : OUI NON

Difficultés (à préciser Mme ou M.) : qu'êtes ce que vous aimez manger ?

Est-ce que vous arrivez bien à lire ? Pour les courses comment faites-vous ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentation / nutrition | <input type="checkbox"/> Traitement | <input checked="" type="checkbox"/> Entretien du logement |
| <input checked="" type="checkbox"/> Déplacement / Course | <input checked="" type="checkbox"/> Hygiène | <input checked="" type="checkbox"/> Habillement |
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Vue | <input type="checkbox"/> Ouïe |
| <input type="checkbox"/> Orientation / temporalité | <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estime de soi | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Addiction |
| <input type="checkbox"/> Trouble cognitif | <input type="checkbox"/> Trouble psychique | <input checked="" type="checkbox"/> Activité physique |

Intervenant à domicile : Infirmière Kinésithérapeute

Service aide à domicile

Téléalarme

Portage de repas

Nom du service :

AFAD 07 – La Voulte sur Rhône

Commentaire :

SAD n'effectue plus l'accompagnement sur l'extérieur du domicile (promenade) car suspension heure APA sortie dans l'attente d'un fauteuil roulant électrique. Fauteuil roulant manuel devenu non adapté en fonction du poids de Mme et environnement en pente.

LOGEMENT / ENVIRONNEMENT

Type de logement : maison appartement **Nb pièce :** T6 Mme occupe le rdc

Statut : locataire propriétaire

Date d'entrée : 1972

Avez-vous choisi de rester à domicile ? OUI NON

Vous sentez vous en sécurité dans votre logement ? OUI NON

Etes-vous déjà tombé ? OUI NON

Souhaitez-vous déménager ? : OUI NON

Description du logement

Escalier : OUI NON

SDB : Baignoire Douche pas de sanitaire rdc

Cuisinière : Gaz Electrique

Moyen de chauffage : fioul

Isolation (double vitrage, toiture, mur, humidité): logement sombre et peu isolé

Dépense énergétique : 2300 € Dette EDF : OUI NON

Entretien du logement : OUI NON

Présence de nuisible : OUI NON

Logement adapté : OUI NON

Si NON points de vigilance (risques) :

Penser aménagement du rdc avec chambre et sanitaire

Isolément rdc et adaptation de la cuisine au handicap de Mme (plan de travail à rabaisser)

Environnement

Permis B : OUI NON **Véhicule :** OUI NON

Conduite sans risque : OUI NON

Isolé : OUI NON

Commerce proximité : superette, pharmacie, boulangerie, bar

Rencontrez-vous des difficultés dans vos déplacements quotidiens ? OUI NON

SITUATION FINANCIERE

Type de ressource / montant :

<p><input type="checkbox"/> AAH:</p> <p><input type="checkbox"/> CAF:</p> <p><input type="checkbox"/> Rente:</p> <p><input type="checkbox"/> Pension:</p> <p><input type="checkbox"/> ASPA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retraite: CARSAT, réversion RSI ARRCO + AGIRA complémentaire mari</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p> <p style="text-align: right;">TOTAL : 1150 €</p> <p><u>Revenu Fiscal :</u> 10730</p>	<p><input type="checkbox"/> AAH:</p> <p><input type="checkbox"/> CAF:</p> <p><input type="checkbox"/> Rente:</p> <p><input type="checkbox"/> Pension:</p> <p><input type="checkbox"/> ASPA:</p> <p><input type="checkbox"/> Retraite:</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p> <p style="text-align: right;">TOTAL :</p> <p><u>Caisse de retraite :</u></p> <p><u>Revenu Fiscal :</u></p>
--	--

GESTION ADMINISTRATIVE ET BUDGETAIRE

<u>Ouvre le courrier :</u> <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Lecture du courrier :</u> <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Documents administratifs valide (assurance, CNI, mutuelle) :</u> <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Assurance logement :</u> <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Aide à la gestion administrative :</u> fille	
<u>Budget :</u>	
Dette / Crédit : <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Connaissance des éléments du budget (ressource, facture EDF, Loyer) : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Difficulté de gestion : <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	

BUDGET

Nom :

NATURE BUDGET	MENSUEL	ANNUEL
RECETTES		
AAH	€	€
PENSION	€	€
RENTE	€	€
RETRAITE	1150 €	€
	€	€
CAF	€	€
APA	€	€
PCH	€	€
	€	€
	€	€
TOTAL RECETTES	€	€
CHARGES FIXES		
LOYER	€	€
ASS HAB	33 €	€
ASS VOITUR	€	€
MUTUELLE	66 €	€
	€	€
IMPOTS / REVENU	€	€
TAXE HABITATION	€	€
CREDIT	€	€
TF	38 €	460 €
	€	€
	€	€
	€	€
Sous total	137 €	€
CHARGES VARIABLES		
EDF	39 €	€
EAU	36 €	€
fioul	150 €	1800 €
TELEPHONE	22 €	€
AIDE MENAGERE	110 €	€
PORTAGE DE REPAS	€	€
FRAIS DE SANTE	€	€
HABILLEMENT	€	€
Sous total	357 €	€
TOTAL CHARGES	494 €	€
SOLDE	656 €	€



AVANT'AGE SANTE SENIORS 07

PLAN INDIVIDUALISE ACTION

IDENTITE DES BENEFICIAIRES :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

NOM :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Atelier à réaliser :

- Nutrition Exercice physique Déplacement Informatique
 Aménagement du logement Santé Matériel médical

ACCOMPAGNEMENT

1. Attentes du bénéficiaire via AVANT'AGE :

- Pouvoir bénéficier des services AFAD 07 pour des promenades extérieures avec un fauteuil roulant
- Connaître le coût financier d'un aménagement du rdc

2. Objectifs de(s) l'atelier(s) :

- Trouver des financements pour l'acquisition d'un moteur à fauteuil roulant
- Travailler avec service autonomie + AFAD 07 pour sortie extérieurs
- Budgétiser le cout des travaux pour aménagement du rdc en fonction des aides financières mobilisables

3. Détails des actions à mener:

Interventions au domicile :

Accompagnement administratif pour les dossiers de demande d'aide.

Réunion avec service CD07 et AFAD 07 pour réorganisation plan aide APA suite motorisation fauteuil

Recherche des professionnels pour devis réaménagement rdc (plombier, carreleur, ...).

Présence lors de la visite SOLIHA pour retranscrire les informations lors du bilan avec enfants.

Budgétisation du reste à charge en fonction des aides obtenues

Accompagnements extérieurs :

Contacts partenaires :

Motorisation du fauteuil: demande exceptionnelle fonds action sociale CPAM, demande exceptionnelle fond action sociale mutuelle Eovi MCD, contact pharmacie et médecin traitant.

Aménagement du logement : SOLIHA, CARSAT, MDPH, CD07,

4. Nombres de rencontres prévues : 5 pour motorisation fauteuil + 6 pour aménagement lgt

M / Mme / Mlle _____ s'engage (nt) à accepter l'accompagnement social proposé, et de mettre tous les moyens en œuvre afin de réaliser les objectifs tels que définis dans le projet :

- respecter les rendez-vous fixés et prévenir en cas d'empêchement
- accepter de recevoir la référente à domicile
- effectuer les démarches nécessaires à la réalisation des objectifs.

Le service AVANT'AGE s'engage à tout mettre en œuvre, pour satisfaire le projet individualisé d'accompagnement. Pour ce faire, la référente s'engage à :

- Effectuer des visites à domicile ;
- Recevoir au bureau de l'association ;
- Avoir des contacts réguliers avec les partenaires ;

Fait en double exemplaire,

Le À

Signatures

Le bénéficiaire

« J'affirme avoir pris connaissance du contenu de mon plan d'action individualisé »

Pour AVANT'AGE 07