

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire / séparé <input type="checkbox"/> Veuf
Situation au domicile	<input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Vit en couple <input type="checkbox"/> Autre(s) personne(s) à domicile, préciser :
GIR	<input type="checkbox"/> Grille AGGIR déjà disponible : à joindre à la demande <input type="checkbox"/> Grille AGGIR non disponible : compléter l'annexe (p. 4)
APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plan d'aide	<input type="checkbox"/> Plan d'aide existant : à joindre à la demande <input type="checkbox"/> Pas de plan d'aide
Antécédents connus	
Traitement en cours si connu	
Pathologies/maladies	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Pathologie psychiatrique, préciser : <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Alzheimer et troubles apparentés, préciser : <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
REFERENT	
NOM Prénom	
Lien avec la personne	
N° téléphone	
Informations complémentaires	
MEDECIN TRAITANT <i>Ne pas compléter si le médecin traitant est le demandeur</i>	
NOM Prénom	
Adresse	
N° téléphone	
Mail	
OU : <input type="checkbox"/> Absence de médecin traitant	

PROFESSIONNELS / PRESTATIONS SOCIALES

Médecin(s) spécialiste(s)	
Cabinet infirmier	
SSIAD	
SAAD	
Autres libéraux	
Suivi APA	
Suivi MDPH	
Autres prestations, suivis en cours (exemple : ADJ)	

MOTIFS DE LA SOLLICITATION DU CRT

Problématique justifiant la demande de renforcement à domicile	
Attente & besoins du demandeur	
Situation urgente (réponse du CRT dans les 48h, hors weekend et JF)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser :

Transmettez par email votre demande complétée : crt@pompidou-belfort.com

Tout document peut être joint (compte rendu d'évaluation, compte rendu hospit.,
jugement de protection juridique...).

Pour toute question vous pouvez contacter directement l'IDE co. CRT : 07 43 36 76 60.

ENCART RÉSERVÉ AU CRT

Date d'examen en commission	
Réponse :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Refus, motif : <input type="checkbox"/> Liste d'attente <input type="checkbox"/> Dossier incomplet, préciser :
Commentaire éventuel :	

Annexe : grille AGGIR

(ne pas compléter si une grille est déjà disponible : joindre la grille déjà faite)

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHERENCE : converser et/ ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir...	

A = actes accomplis seul spontanément, totalement, habituellement et correctement

B = actes accomplis seul qui ne sont pas spontanément effectués, et/ou qui sont partiellement effectués et/ou qui ne sont pas habituellement effectués et/ou qui ne sont pas correctement effectués

C = actes qui ne sont pas accomplis seul