

ENCART RÉSERVÉ AU CRT	
N° de dossier CRT :	
Date ouverture dossier CRT :	
Date de clôture du dossier :	
Accord oral reçu pour la	
création du dossier eTICSS :	

## FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION CRT

(CRT volet 2 : accompagnement renforcé à domicile)

Date :	

Le Centre de Ressources Territorial permet aux personnes de plus de 60 ans du Grand Belfort de vivre chez elles le plus longtemps possible. Il s'agit d'un dispositif renforcé à domicile, complémentaire aux prestations déjà déployées.

	LE DEMANDEUR (professionnel)
NOM Prénom	
Fonction	
Adresse (nom de l'établissement / structure le cas échéant)	
Téléphone	
Mail	
	LE BENEFICIAIRE
Informé de la demande	□ Oui □ Non, pourquoi :
NOM Prénom	
NOM de naissance (si différent du nom d'usage)	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	Boîte à clé : □ Oui □ non □ Je ne sais pas
Téléphone	
Mail	
N° Sécurité Sociale	
Mesure de protection juridique	☐ Non ☐ Oui, préciser : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Habilitation familiale exercée par :

Situation familiale	☐ Marié ☐ Pacsé	☐ Célibataire / séparé ☐ Veuf
Situation au domicile	☐ Vit seul(e) ☐ V☐ ☐ V☐ Autre(s) personne(s) à domic	/it en couple ile, préciser :
GIR	☐ Grille AGGIR déjà disponible : ☐ Grille AGGIR non disponible :	-
АРА	□ Oui □ N	Non
Plan d'aide	<ul><li>□ Plan d'aide existant : à joinder à la demande</li><li>□ Pas de plan d'aide</li></ul>	
Antécédents connus		
Traitement en cours si connu		
Pathologies/maladies	<ul><li>☐ Accident vasculaire cérébral</li><li>☐ Handicap physique</li><li>☐ Perte d'autonomie</li></ul>	<ul> <li>□ Pathologie psychiatrique, préciser :</li> <li>□ Alzheimer et troubles apparentés, préciser :</li> <li>□ Autre, préciser :</li> </ul>
	REFEREN	<b>IT</b>
NONA Duán ono	OM Prénom	
NOW Prenom		
Lien avec la personne		
Lien avec la personne		
Lien avec la personne  N° téléphone  Informations	MEDECIN TRA	
Lien avec la personne  N° téléphone  Informations		
Lien avec la personne  N° téléphone  Informations complémentaires		
Lien avec la personne  N° téléphone  Informations complémentaires  NOM Prénom		
Lien avec la personne  N° téléphone  Informations complémentaires  NOM Prénom  Adresse		

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)	□ Non □ 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 :	☐ Favorable ☐ Refus, motif :			
	☐ Liste d'attente ☐ Dossier incomplet, préciser :			

## **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