|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SARA Nord Alsace**03 69 33 24 45sara.nordalsace@alsace.eu | **SARA Eurométropole de Strasbourg**03 69 33 21 82sara.emstrasbourg@alsace.eu | **SARA Centre Alsace**03 68 33 80 74sara.centrealsace@alsace.eu | **SARA Agglomération de Mulhouse**03 89 59 68 87sara.mulhouse@alsace.eu |
| **SARA Ouest Alsace - Antenne de Molsheim**03 68 33 81 80sara.molsheim@alsace.eu | **SARA Sud Alsace - Antenne Altkirch**03 68 35 68 08sara.altkirch@alsace.eu | **SARA Sud Alsace - Antenne de Cernay**03 69 49 30 96sara.cernay@alsace.eu |
| **SARA Ouest Alsace - Antenne de Saverne**03 69 33 20 57sara.saverne@alsace.eu | SARA Région de Colmar03 89 30 66 00sara.colmar@alsace.eu | **SARA Région de Colmar - Antenne Florival**03 69 49 30 91sara.florival@alsace.eu |  |

**FORMULAIRE D’ORIENTATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identité de l’orienteur (lien de parenté si famille) | TELEPHONE | MAIL |
|  |  |  |

**PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE**

Nom :  Nom de naissance :  Prénom : 

Date de naissance :  Age :  Lieu de naissance : 

Adresse :  CP :  Ville : 

Téléphone :  Portable :  N° de sécurité sociale : 

Langue usuelle :  Plan d’aide APA : Choisissez un élément. GIR : choisissez l élément

Bénéficiaire PCH : Choisissez l’élément Situation : Choisissez l’élément Protection juridique : Choisissez l’élément (Prestation de Compensation du Handicap)

**MEDECIN TRAITANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM/PRENOM | VILLE | TELEPHONE | MAIL |
|  |  |  |  |

[ ]  Absence  ou [ ]  Non connu

**FAMILLE ET ENTOURAGE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM/PRENOM | ADRESSE COMPLETE | TELEPHONE | MAIL | LIEN | AIDANT |
|  |  |  |  | autre | Aidant |
|  |  |  |  | Lien | Aidant |
|  |  |  |  | Lien | Aidant |

**INTERVENANTS PROFESSIONNELS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESIGNATION | TELEPHONE | MAIL | MODALITES D’INTERVENTION |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OTIFS DE L’ORIENTATION**

**MOTIFS DE L’ORIENTATION**

En l’absence de situation médicale aigüe ou de crise, la gestion de cas s’adresse à une personne de 60 ans \* et plus qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :

|  |
| --- |
| **1a : Problématique liée à l’*autonomie fonctionnelle*** (hygiène, alimentation, entretien du cadre de vie, transfert, déplacement…)Commentaires :  |
| **1b :**  **Problématique liée à l’*autonomie décisionnelle*** (difficultés à prendre les bonnes décisions pour la protection de soi, de gestion administrative et/ou financière, vulnérabilité, refus des aides, habitat non décent/inadapté …)Commentaires : |
| **1c :**  **Problématique liée à *la santé*** (altération de l’état physique et/ou psychique, chutes, incontinence, trouble du comportement…)Commentaires : |
| **2 : Aides et soins**  ***insuffisants ou inadaptés*** (lié à la personne, à l’entourage professionnel ou non professionnel)Commentaires :  |
| **3 : Absence de *personnes ressources ou aidant limité et/ou inadapté dans son intervention*** (aidant non coopérant/défaillant/épuisé, conflit, isolement géographique…)Commentaires :  |

*NB : Un simple renforcement des aides n’est pas suffisant pour mobiliser un coordinateur de parcours. Si un des critères au moins n’est pas validé, la situation ne relève pas de la coordination. Elle devra être orientée vers un autre service. \* Les coordinateurs de parcours peuvent être mobilisés pour une personne de moins de 60 ans souffrant d’une maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée diagnostiquée si sa situation présente les critères ci-dessus.*

**CONTACT POUR LA PREMIERE VISITE**

La personne concernée est-elle informée de la démarche : Choisissez l’élément ou son entourage : Choisissez l’élément

Le professionnel peut faire la 1ère visite seul : Choisissez l’élément Si non, accompagné de : 

**PARTIE RESERVEE SARA**

Date de la demande :  [ ]  Date d’attribution :  [ ]  Inscription en liste d’attente

[ ]  Réorientation vers : Choisissez l’élément ou autre à préciser :