

FICHE D'INSCRIPTION - CYCLE GUIDAGE



Madame, Monsieur

Nous vous invitons à remplir ces quelques questions, afin de mieux vous connaître. Les réponses sont facultatives. Cochez les cases correspondantes à vos réponses. Ces informations sont confidentielles et feront l'objet d'une analyse anonymisée de l'ensemble des personnes participant à la démarche GUIDAGE.

Votre Nom et Prénom : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Adresse de votre domicile : _____

Quel est votre âge (*en clair*) : _____

Etes-vous : une femme Un homme

Quel est votre lien avec la personne accompagnée (votre proche) ?

Conjoint/Compagnon(e) Enfant Proche parent (*préciser*) _____

Ami (e) Voisin

Quelle est votre situation familiale : En couple célibataire divorcé(e) veuf (ve)

Avez-vous :

Des enfants mineurs Oui Non Si OUI, combien :

Des enfants majeurs Oui Non Si OUI, combien :

Vivez-vous dans le même domicile que votre proche ? Oui Non

SI NON vivez vous : à moins de 30 mn (*à pied, véhicule, transport collectif*)

30mn à 1heure plus d'une heure de son domicile

POUR LES PERSONNES QUI NE SONT PAS LE CONJOINT(E) OU COMPAGNON(E) :

Depuis quand accompagnez-vous plus particulièrement cette personne ?

2 à 5 ans 5 à 8 ans 8 à 10 ans Plus de 10 ans

POUR TOUS

Vous occupez-vous de personnes (fragilisées) autre que votre proche ? Oui Non

SI OUI : s'agit-il de ? (*cochez la ou les cases appropriées à votre situation*)

Parent ou proche âgé Personne handicapée Autre (*préciser*)

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Actif préretraité retraité recherche d'emploi au foyer Autre

SI VOUS ETES ACTIF, travaillez-vous à : temps plein temps partiel (*aménagement temps de travail*)

En congé temporaire

Quelle est votre profession ? (*pour les retraités, indiquez la profession principale exercée, idem pour personnes en recherche d'emploi*) _____

Pour les retraités, précisez si : régime général MSA RSI Fonction publique Autre

Quel est votre niveau d'études initiales ? Primaire Collège Lycée Supérieur

Activités sociales : êtes-vous membre d'une association (*sportive, sociale, environnementale*), d'un club d'activité (club de retraité, club local, autre...) ? Oui Non

Utilisez-vous internet pour votre vie personnelle ? Oui Non

QUELQUES INFORMATIONS RELATIVES A VOS PREOCCUPATIONS ACTUELLES

Vous êtes-vous déjà informé sur : (si oui : cochez les cases correspondant à vos réponses, plusieurs réponses possibles)

- l'accompagnement au domicile de votre proche
- les aides financières, techniques,
- vos droits et possibilités en tant qu'accompagnant
- la maladie et son évolution,
- le rôle de l'entourage
- l'hébergement spécialisé
- le soutien aux aidants (répits, soutien psychologique)
- autre : préciser

Etes-vous membre d'une association de famille de malades et/ou de personnes handicapées ?

Oui Non Non, mais j'envisage de l'être

Avez-vous un interlocuteur principal à ce jour pour aborder la situation de votre proche ?

Oui Non SI OUI : préciser _____

Face à ces positions, indiquez les deux dont vous vous sentez le plus proche actuellement (2 réponses)

- Je suis à la recherche d'un soutien individualisé, agir en étant guidé(e).
- Je cherche une source de renseignement et de service que j'utilise quand j'en ai besoin, moi ou mon proche
- Je cherche à m'informer sans plus
- J'ai besoin d'une écoute, et de partager avec d'autres familles, je veux limiter le risque d'isolement

Comment avez-vous connu le programme Guidage (qui vous en a parlé ou orienté ?) :

Diriez-vous qu'aujourd'hui par rapport à la situation que vous vivez avec votre proche, vous vous sentez :

Très épuisé(e) ou tendue assez épuisé(e) ou tendue peu épuisé(e) ou tendue Pas du tout épuisé(e) ou tendue

Souffrez-vous vous-même de problèmes de santé : OUI NON si oui, indiquez lesquels :

POUR FINIR QUELQUES INFORMATIONS SUR VOTRE PROCHE :

Quel est son âge (en clair) : _____ Est-ce : une femme un homme

Si vous n'êtes pas son conjoint : indiquez si cette personne est : en couple célibataire veuve divorcée

Vit-elle seule à domicile : Oui Non

A-t-elle des enfants : Oui Non des petits enfants petits enfants : Oui Non

Est-elle retraitée du régime général: Oui Non Ne sait pas

Ancienne profession exercée : _____

Quelques éléments sur l'Etat de santé de votre proche

A été diagnostiqué : Oui Non en cours Ne sait pas

Si oui - Date du diagnostic : (donner une indication approximative si vous ne connaissez pas la date) _____

POUR TOUS : Depuis quand datent les premiers troubles ou difficultés :

Moins d'2 ans 2 à 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

Votre proche bénéficie-t-il actuellement de programme d'aide tel que :

APA (aide personnalisée d'autonomie) : Oui Non demande en cours Ne sait pas

PAP (plan d'action personnalisé de la CNAV) : Oui Non demande en cours Ne sait pas

FICHE - RECUEIL INFORMATION COMPLEMENTAIRE GUIDAGE – A COMPLETER PAR PLATEFORME

Plateforme :

Nom de la personne accompagnante inscrite en 1^{er} :

Si autre personne accompagnant faire remplir une deuxième fiche d'inscription : Oui Non

Nom et statut du 2^{ème} accompagnant :

Personne accompagnée par son aidé lors des ateliers (intention) : Oui Non

Pathologie de la personne accompagnée (impératif) :

Date du diagnostic ou année (impératif):

MMS connu (impératif si possible) :

À quand remonte le dernier examen cognitif de leur proche: _____

Ou état des troubles selon échelle de Reisberg (échelle de détérioration globale) (à discuter avec médecins)

| | | |
|---|--|--|
| Stade 1: Pas de déficit cognitif | N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne. | |
| Stade 2: Déficit cognitif très léger | Oublie les noms et l'emplacement des objets. Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots. | |
| Stade 3: Déficit cognitif léger | A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu., à fonctionner au travail. | |
| Stade 4: Déficit cognitif modéré | A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités). | |
| Stade 5: Déficit cognitif relativement grave | A besoin d'aide pour choisir ses vêtements. A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain. | |
| Stade 6: Déficit cognitif grave | Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie. • A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain. • A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent. | |
| Stade 7: Déficit cognitif très grave | • Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement. Perd la capacité de marcher et de s'asseoir. A besoin d'aide pour manger. | |

Autres éléments de santé à connaître de la personne accompagnée : _____

Provenance de la personne inscrite en 1^{er} : indiquez en clair (qui a orienté) _____

Pour les retraités : Régime de retraite des personnes inscrites :

Régime de retraite des personnes accompagnées :

Accès aux aides financières :

Pour l'aidé :

Demande d'APA : oui non en cours si APA détenue, indiquez GIR si connu : _____

Demande de PAP : oui non en cours si PAP détenu, indiquez GIR si connu : _____

Demande PCH : oui non en cours

Pour l'AIDANT:

Demande d'APA : oui non en cours si APA détenue, indiquez GIR si connu : _____

Demande de PAP : oui non en cours si PAP détenu, indiquez GIR si connu : _____

Membre de France Alzheimer : oui non -

Participant ou ex participant au Café des aidants : oui non

A déjà utilisé pour son proche des formules d'accueils de jour : oui non

A déjà suivi un programme de formation pour Aidants ou Entourage : oui non

Si oui : faire préciser quand et par qui ou dans quel cadre (collectif ou individuel) : _____

A déjà suivi un soutien psychologique individuel : oui non

(Ex : des aidants ont pu avoir une formation par HPJ ou centre de diagnostic après l'annonce du diagnostic.

Une personne a pu recevoir en appui un soutien psychologique individuel pour son état de santé , sans lien avec celui de son proche)