

FICHE AIDANT

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel. fixe :

Tel. portable :

SITUATION DE L'AIDANT :

Date de naissance :

Retraité-e : oui non

Si oui, organisme de retraite dont relève l'aideant :

Nombre de personne(s) aidée(s) :

SITUATION DE LA PERSONNE AIDÉE :

Homme Femme

Date de naissance :

Retraité-e : oui non

Si oui, organisme de retraite dont relève l'aideant :

ORGANISATION DE GARDE DE LA PERSONNE MALADE : OUI NON

Si oui, indiquer le nom du service sollicité :

ORGANISATION DE TRANSPORT DE L'AIDANT : OUI NON

Si oui, indiquer le nom du service de transport sollicité :

BESOINS DÉTECTÉS :	PROPOSITIONS MISES EN OEUVRE PAR LE CENTRE DE RESSOURCES :
Garde du malade : Transport :	
Soutien administratif : Aide pour le dossier APA	
Soutien psychologique : groupes de parole du 3ème lundi du mois	
Visite à domicile	
Prendre soin de soi	
La communication non-violente	
Gestion du stress et de l'anxiété	
Gestion des troubles du comportement et de l'humeur, gestion des situations difficiles	
Gestion de la motricité et des transferts	
Sécurisation de l'habitat et de l'environnement	
PSC1	
La maladie d'Alzheimer : symptômes, évolution	
La maladie de Parkinson : symptômes, évolution	
Sensibilisation au placement en institution	
L'accompagnement de fin de vie	
Le deuil	

Remarques :