

Merci de transmettre ce formulaire complété à l'AROSS: [info@aross.ch](mailto:info@aross.ch) ou fax: N° 032 886 90 99

**Bénéficiaire**

Nom:	Prénom:
Tél:	NPA localité:
Adresse (rue et n°):	

**Spécifiez votre besoin de demande d'entretien d'orientation :**

- Demande urgente afin d'éviter une hospitalisation inappropriée  
 Demande d'admission en court séjour  
 Demande d'admission en long séjour ou pension  
 Bilan de soutien à domicile
- Bilan d'orientation de pré hospitalisation  
 Gestion de cas complexe  
 Evaluation gériatrique dans la communauté (Repérage et prévention de la dépendance)

**Problème(s) actuel(s) / motivation(s) de la demande :**

Délai souhaité:  urgent (24h à 48h)  semi-urgent (dans les 20 jours)  non urgent > 20 jours

**Personne de contact / proche aidant:**

Conjoint  Famille  Curateur  Répondant thérapeutique  Autre

Nom:	Prénom:
Tél:	Courriel:

**Médecin de famille**

Nom:	Prénom:
Tél:	Courriel:
Document(s) joint(s)?	<input type="radio"/> Résumé de dossier <input type="radio"/> Autre :

**Demandeur :**  NOMAD  CNP  RHNe  SAD  PSAJ  APEA  EMS  FDJ  Autre

Nom:	Prénom:
Tél:	Courriel:
Fonction:	Institution:
Document(s) joint(s) : <input type="checkbox"/> Questionnaire de fragilité <input type="checkbox"/> DMST <input type="checkbox"/> Autres évaluations (Plex, Plaisir, etc) <input type="checkbox"/> Grille de repérage pour EGC - GCC <input type="checkbox"/> SEGA <input type="checkbox"/> Autre:	

Sans document de transfert, merci de nous transmettre les éléments suivants :

Diagnostics et antécédents importants
---------------------------------------

Traitements
-------------

Si la demande est en lien avec une hospitalisation prévue, compléter les champs ci-après :

Date d'hospitalisation :	Type d'intervention :
Lieu :	

### Questionnaire de fragilité et de prévention de la dépendance

Eléments de fragilité			
<b>Personne de + de 65 ans, autonome, à distance de toute pathologie aiguë</b>	Oui	Non	Ne sait pas
1. Vit-elle seule?			
2. A-t-elle perdu du poids depuis les 3 derniers mois?			
3. Se sent-elle plus fatiguée depuis les 3 derniers mois?			
4. A-t-elle plus de difficulté à se déplacer depuis les 3 derniers mois?			
5. Se plaint-elle de troubles de la mémoire?			
6. A-t-elle une vitesse de marche ralentie? (met plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)			
Si vous avez répondu oui à une des questions 1 à 6			
Hospitalisation dans les 6 derniers mois			
Chute dans les 6 derniers mois			

La personne vous paraît-elle fragile ?  Oui  Non

**Consentement du patient à l'intervention de l'AROSS :**  Oui  Non

La personne accepte-t-elle la transmission à l'AROSS des informations utiles à sa prise en charge par :

Médecin traitant  Oui  Non

Prestataire d'aide et de soins à domicile  Oui  Non

Autre : à spécifier:  Oui  Non

Commentaires
--------------

Date de la demande :

Réception de la demande par l'AROSS :