



Fiche alerte APA d'urgence

Cette fiche est à renvoyer avec le CERFA,
les pièces justificatives et le certificat médical
au **CONSEIL DÉPARTEMENTAL - 50050 SAINT LO CEDEX**

Nom du bénéficiaire : **Prénom :**

Date de naissance : **N° Téléphone :**

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous sans aide

date de sortie prévue :

Perte récente et/ou brutale d'autonomie

Maintien à domicile difficile

Aggravation de la perte d'autonomie

Autre (précisez) :

PRÉSENCE D'UN CONJOINT :

oui non

Son implication dans le quotidien :

.....
.....
.....
.....

PRÉSENCE D'ENFANTS :

oui non

Leur disponibilité ou leur implication dans le quotidien :

.....
.....
.....

Pour ceux qui sont concernés, merci de bien vouloir remplir le tableau ci-dessous

NOM – Prénom enfants	Adresse complète	N° téléphone

PRÉSENCE DE TIERS EXTÉRIEURS (VOISINAGE, AMIS, ...) :

oui non

Leur disponibilité ou leur implication dans le quotidien :

.....

.....

.....

Pour ceux qui sont concernés, merci de bien vouloir remplir le tableau ci-dessous

NOM – Prénom	Adresse complète	N° téléphone

AIDES ÉVENTUELLES :

Heures d'aide à domicile en place : oui non

• si oui, quel volume mensuel :

• quel financement :

caisse retraite mutuelle

autres, préciser :

Heures d'aide à domicile en cours de demande : oui non

• si oui, quel volume mensuel :

• quel financement :

caisse retraite mutuelle

autres, préciser :

Intervention d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) : oui non demande en cours

Intervention d'une IDE (infirmière diplômée d'état) : oui non demande en cours

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature et tampon si structure

Nom et Prénom (Fonction ou lien avec la personne)

.....