

PTS /CLIC	FICHE D'ORIENTATION VERS LE PSYCHOLOGUE PH		
	Aidants de personnes en situation de handicap		
Date de la demande :			
IDENTITE DU DEMANDEUR			
Nom, Prénom Fonction/Lien		Structure :	
Tél :		Courriel :	
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE			
Personne handicapée		Aidant	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :		Téléphone :	
Courriel :		Courriel :	
<u>Situation Familiale de l'aidant :</u>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
	Célibataire <input type="checkbox"/>	Vie Maritale <input type="checkbox"/>	Nombre d'enfants :

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE HANDICAPEE			
Médecin Traitant :		Tél :	Courriel :
Protection Juridique :	Oui <input type="checkbox"/> Laquelle ?	Non <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>
INTERVENANTS / AIDES			
IDE <input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>	Etablissements ou service médico-social <input type="checkbox"/>	CCAS <input type="checkbox"/>
Intervenants libéraux (kiné, psychiatre, orthophoniste...) <input type="checkbox"/>			
CMP/CMPE <input type="checkbox"/>	Emploi Direct <input type="checkbox"/>	SAAD – Prestataire <input type="checkbox"/>	CLIC - MAIA <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/> :			

TYPE DE HANDICAP
<input type="checkbox"/> Sensoriel <input type="checkbox"/> Cognitif <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Autres :

**MOTIFS DE LA DEMANDE
AIDANT**

- Epuisement
- Relation d'aide (positionnement, maltraitance...).
- Conflits familiaux
- Soutien/Information sur la pathologie du proche
- Information/Adhésion aux aides professionnelles/dispositifs
- Accompagnement entrée en institution du proche
- Accompagnement projet personnalisé aidé
- Orientation vers service ou ESMS
- Orientation vers secteur sanitaire
- Solution de répit
- Rupture parcours
- Isolement
- Autre :

Commentaires :

Contact : à contacter par le psychologue

la personne prendra contact avec le psychologue

Vu Médecin Autonomie pour PTS

REPONSE A LA DEMANDE (A remplir par le psychologue)

Nom psychologue :

Propositions faites par le psychologue :

Date :

Evaluation psychologique sans accompagnement

Accompagnement psychologue

Orientation vers un service extérieur :

Commentaires :