

Date de M en S : **Jours de service** L ma me j v s d Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tel :/...../...../...../.....

Adresse :

CP : Ville :

Quartier de résidence :

Marié(e) Veuf/ve Divorcé(e) Célibataire Séparé(e) Pacsé(e) Vous êtes : En retraite En invalidité Autre **Autres personnes vivant au foyer :**

Nom – Prénom : Date de naissance :/...../.....

Personnes à contacter en cas de besoin :

1/Nom – Prénom : Prénom :

lien de parenté : Tel :/...../...../...../.....

2/ Nom – Prénom : Prénom :

lien de parenté : Tel :/...../...../...../.....

Réfèrent social à contacter : Nom - Prénom : Tel :/...../...../...../.....

LOGEMENT : Maison individuelle Appartement Etage N°.... Ascenseur Oui Non **ENVIRONNEMENT :**

- Vivez-vous seul(e) de manière habituelle ? OUI NON
- Pouvez-vous avoir une intervention rapide de la famille ? OUI NON
- Pouvez-vous avoir une intervention rapide des voisins ? OUI NON
- Disposez-vous d'une téléalarme ? OUI NON
- Faites-vous appel à d'autres intervenants extérieurs ? OUI NON

Si oui le(s) quel(s) ? Soins infirmiers Kinésithérapeute Aide ménagère Autres Ces intervenants répondent-ils à tous vos besoins ? OUI NON

Si NON pourquoi ?

Etes-vous sous tutelle / curatelle ? : OUI NON

Nom / prénom du tuteur :

Organisme :

COMMERCES : A proximité A plus de 500m Avez-vous un moyen de déplacement ? OUI NON

Si OUI lequel ?

T.S.V.P. ↵

VIE QUOTIDIENNE :

POUVEZ-VOUS :	OUI	Avec difficulté	NON
▪ Marcher seul(e) chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Marcher seul(e) à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Vous lever seul de votre lit ou de votre fauteuil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Effectuer vos tâches ménagères sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Faire votre toilette et vous habiller seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Manger sans aide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTRE PRESTATION :

Comment avez-vous connu le Serdom ?

- Réseau familial / amis
- Médecin / Personnel soignant
- CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)
- Service social de l'Hôpital
- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique)
- AUTRE :

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait appel à notre service ? :

.....

Jours de service (veuillez cocher les jours en fonction de votre demande)

lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche

2 repas par jour de service (case à cocher pour les personnes souhaitant un repas midi et 1 repas le soir)

Normal salé Pauvre en sel Pauvre en sucre Pain oui Non

Partie réservée au SERDOM ne rien inscrire

Remarques, observations date :

Fin de service date :

Raisons :