

## Demande d'intervention de l'AROSS

Ce formulaire est transmis dûment complété à l'AROSS

Par Vivates

Par courriel info@aross-ne.ch

Par fax n° 032 967 49 49

### Bénéficiaire

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse (rue et n° / NPA localité) :		Tél. : Courriel :
Assurance :	N° assuré:	N° AVS :

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

La personne vous paraît-elle fragile  oui  non *(questionnaire disponible en page 2)*

Demande d'intervention (jours ouvrables) dans les  24h à 48h  48h à 72h  > 72h

Consentement du patient à l'intervention de l'AROSS  oui  non

**Personne de contact**  Conjoint  Famille  Proches  Référent thérapeutique   
Curateur  APEA

Nom :	Prénom :	Tél. : Courriel :
Doit être présente lors de l'entretien avec le bénéficiaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à évaluer		

### Médecin traitant

Nom :	Prénom :	Tél. : Courriel :
Document(s) joint(s) : <input type="checkbox"/> Questionnaire de fragilité <input type="checkbox"/> Résumé de dossier <input type="checkbox"/> Autre :		

**Demandeur**  Bénéficiaire  Personne de contact  Médecin traitant  **Si autre : compléter ci-dessous**

Nom :	Prénom :	Tél. : Courriel :
Fonction :	Institution partenaire :	
Document(s) joint(s) : <input type="checkbox"/> Questionnaire de fragilité <input type="checkbox"/> Documents RAI <input type="checkbox"/> Documents de transfert <input type="checkbox"/> Questionnaire "évolution à domicile" <input type="checkbox"/> Autre :		

### Diagnostiques et antécédents importants (à compléter selon le demandeur) :

### Traitements (à compléter selon le demandeur) :

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

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

Date de la demande :

Réception de la demande par l'AROSS :

### Questionnaire de fragilité

Eléments de fragilité	Date :		
	oui	non	Ne sait pas
<b>Personne de 65 ans et plus, autonome, à distance de toute pathologie aiguë</b>			
1. Vit-elle seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-t-elle perdu du poids depuis les 3 derniers mois (non volontaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se sent-elle plus fatiguée depuis les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A-t-elle plus de difficulté à se déplacer depuis les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se plaint-elle de troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A-t-elle une vitesse de marche ralentie (met plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>items 1 à 6 Score fragilité</b>			
Hospitalisation dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La personne accepte-t-elle que vous nous transmettiez les informations utiles à sa prise en charge :**

Données administratives	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Données sur ses maladies et antécédents importants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Données sur son traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Données sur sa prise en charge actuelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

A réception de cette demande, l'AROSS contactera la personne ou son répondant par téléphone