

## Grille de repérage des critères d'alerte de risque de perte d'autonomie Pour les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire PAERPA

Le :

Nom / Prénom de la personne repérée : \_\_\_\_\_ Age (si connu) : \_\_\_\_\_

Commune du lieu de résidence : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel signalant : \_\_\_\_\_

Fonction et employeur du signalant : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (si connu) : \_\_\_\_\_

Dernier GIR connu : \_\_\_\_\_

Plan d'aide :  OUI  NON

Si oui :            Organisme financeur (si connu) : \_\_\_\_\_

                          Plan d'aide utilisé dans sa totalité :  OUI  NON

Assentiment de la personne âgée à la transmission de cette grille obtenu :  OUI  NON

**Merci de bien vouloir compléter cette grille dans le cas d'une situation de rupture, de modifications ou d'altérations soudaines chez la personne âgée concernée :**

Exprimé par la personne âgée et/ou constaté par son entourage :	Merci de cocher votre réponse	
	OUI	NON
Isolement social ou familial récent		
Pleurs, désintérêt, changement d'humeurs persistants, perte d'appétit		
Perte de mémoire et/ou quelques troubles du comportement (ex. : <i>propos confus</i> )		
Apparition ou aggravation d'une grande fatigue (chute, amaigrissement, marche difficile, difficultés à se relever de son fauteuil)		
Apparition ou aggravation des difficultés pour les actes de la vie quotidienne ( <i>toilette, habillage, manger, prise des médicaments, ...</i> )		
Apparition ou aggravation d'un problème de santé grave		

**Commentaires, informations utiles sur la situation :**

**Une seule réponse « OUI » à ces critères doit vous faire alerter le médecin traitant avec l'assentiment de la personne. Le médecin décidera ou non l'activation de la Coordination Clinique de Proximité (CCP) et de la mise en œuvre d'un Plan Personnalisé de Santé.**

**Merci de bien vouloir renvoyer la grille complétée à la Coordination Territoriale d'Appui pour suivi, à l'adresse suivante : [cta37@paerpa-centre.fr](mailto:cta37@paerpa-centre.fr)**