

10. Indiquez le besoin d'aide qui vous semble le plus urgent en reportant son numéro figurant dans le tableau précédent (Q. 9)..... I _ I

11. L'évaluation du besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, vous a-t-elle semblé facile ?

₁ oui ₂ non

12. L'identification de la (des) personne(s) la (les) plus susceptible(s) d'y répondre vous a-t-elle semblé facile ?

₁ oui ₂ non

13. Le patient a-t-il donné un avis ?

₁ oui ₂ non

14. Dans quel délai l'aide la plus urgente vous semble-t-elle devoir être mise en place ?

₁ dans les deux jours

₂ dans la semaine

₃ dans le mois

₄ sans objet (pas d'urgence)

Vos prises de contact pour ce patient

15. A qui vous êtes vous adressé ?	16. Avez-vous pu joindre ce(s) service(s) ?				17. Si oui, quelle réponse avez-vous obtenue ? (cochez la réponse la plus complète)		
	<i>Cocher dans cette colonne toutes les réponses utiles</i>	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)
Famille <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service local d'aide à domicile <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Travailleur social en particulier <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service social (CCAS, CLIC) <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
SSIAD <input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Médecin traitant <input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Autre (hôpital...) <input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

18. Combien d'appels téléphoniques avez-vous passés au total ? | _ | _ | appels

19. Si vous avez transféré la demande d'aide à un organisme coordinateur ou à un service d'aide, dans quel délai l'aide la plus urgente sera-t-elle mise en place concrètement ?

₁ dans les deux jours

₂ dans la semaine

₃ dans le mois

₄ plus tard

₅ ne sait pas

20. Si un organisme ou une personne intervient pour assurer un service d'aide à domicile :

20.a- une fiche ou un cahier de liaison ont-ils été prévus en collaboration avec la personne assurant l'aide sollicitée (y compris la famille, les voisins...)?

₁ oui ₂ non

20.b- des dispositions sont-elles prises ou prévues pour assurer la continuité de l'aide au maintien à domicile du patient (week-end, vacances, etc) ?

₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

21. Si aucune solution de coordination ou d'aide n'a pu être trouvée, quelles en sont, selon vous, les raisons principales ?

(plusieurs réponses possibles)

₁ problème de financement de l'aide

₂ personnel d'aide non disponible

₃ le service n'existe pas à proximité

₄ frein de la part du patient

₅ frein de la part de la famille

₆ autre

22. Au cours de ces démarches, quelqu'un a-t-il tenu le médecin traitant informé ?

(plusieurs réponses possibles)

₁ oui, moi-même

₂ oui, le patient

₃ oui quelqu'un d'autre

₄ non

₅ ne sait pas