

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)		
	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)	pas de solution
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