

HEBERGEMENT TEMPORAIRE D'URGENCE - FICHE DE LIAISON PTA – EHPAD

Coordonnateur PTA :

DEMANDE

Date de la demande

Origine de la demande

Durée du séjour demandée

Date souhaitée

Place HTU sollicitée ☐ EHPAD Saint Yrieix la Perche ☐ EHPAD Verneuil-sur-Vienne ☐ EHPAD Ambazac

Motif de la demande et projet de sortie

PERSONNE CONCERNEE

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Consentement de la personne accueillie : ☐ OUI ☐ NON ☐ Ne peut être recueilli

Consentement du tuteur ou du représentant légal : ☐ OUI ☐ NON

CRITERES D'ELIGIBILITE

- ☐ Sortie d'hospitalisation
- ☐ Sortie d'un service d'urgence
- ☐ Hospitalisation de l'aidant/ défaillance soudaine de l'aidant
- ☐ Impossibilité ponctuelle d'un maintien à domicile dans l'attente d'un plan d'aide
- ☐ Situations critiques repérées par la PTA

MOTIFS D'EXCLUSION

- ☐ Trouble de la déambulation
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Recours à l'HAD
- ☐ Troubles psychiatriques
- ☐ Etat de santé justifiant une prise en charge en secteur hospitalier

FINANCEMENT HTU

RESTE A CHARGE DE 20€/JOUR

Engagement du résident à régler ces sommes ☐ OUI ☐ NON

HABITUDES DE VIE DU RESIDENT

Déplacement	<i>(Autonomie, aides techniques...)</i>
Alimentation	<i>(Texture, régime alimentaire, allergie, risque de fausse route, habitudes alimentaires, petit déjeuner...)</i>
Elimination	<i>(Contenance, Protection, type de protection jour/nuit...)</i>
Hygiène	<i>(Autonomie, douche...)</i>
Habillage	<i>(Autonomie, habitudes vestimentaires...)</i>
Sommeil	<i>(Heure du lever, du coucher, qualité du sommeil, habitudes particulières, barrières de lit...)</i>
Appareillage	<i>(Prothèse dentaire, auditives, lunettes, appareil respiratoire, bas de contention, sonde...)</i>
Soins techniques	<i>(Actes IDE)</i>
Aides en place à domicile	

A FOURNIR LORS DE L'HEBERGEMENT

- ✓ Pièce d'identité
- ✓ Carte vitale / Carte de mutuelle
- ✓ Ordonnance (Traitement fourni par l'EHPAD, utilisation possible de génériques. Vérifier avec référent EHPAD si besoin de porter le traitement pour les premières 48H, dans ce cas, médicament sous blister ; boîte pleine)
- ✓ Nécessaire de toilettes (Protections contre l'incontinence fournies par l'EHPAD)
- ✓ Vêtements suivant les habitudes du résident et/ou objets personnels ayant une résonance particulière