

# GUIDE

## Saisie du contrat client prestataire sur Infologis

### SOMMAIRE

TOUTES LES DONNEES SONT A REPORTER DANS LE DOSSIER AIDE INFOLOGIS

1. ENTITE _____	2
2. EFFET DU CONTRAT _____	2
3. CODE CLIENT (Aidé) _____	2
4. ETAT CIVIL _____	2
5. REPRESENTANT LEGAL _____	3
TUTELLE _____	3
CURATELLE _____	3
6. RELAIS EXTERIEUR (Personne à prévenir en cas d'urgence) _____	4
RECEPTION FACTURE (tierce personne désignée) _____	4
7. PERSONNES DE L'ENTOURAGE _____	5
8. DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE _____	5
9. DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT _____	6
10. MOYENS DE PAIEMENT _____	7
11. AUTRES DOCUMENTS RECUS PAR LE CLIENT _____	8
12. SIGNATURE _____	8
13. EVALUATION INITIALE DES BESOINS _____	8
ENVIRONNEMENT _____	8
INTERVENANTS EXTERIEURS _____	10
AIDES TECHNIQUES _____	11
14. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES _____	11
NOTAIRE _____	11
15. REPARTITION ET VOLUMES HORAIRES _____	12
16. INTERVENTION « VITALE » _____	13
17. ACCES AU DOMICILE _____	13
18. HABITAT _____	14

1. ENTITE

A sélectionner lors de la création de l'activité.

2. EFFET DU CONTRAT

A enregistrer dans ACTIVITES.

3. CODE CLIENT (AIDE)

Correspond au « code de l'aidé »

4. ETAT CIVIL

ETAT CIVIL DE L'AIDE

Etat civil associé au conjoint :  
 Nom  
 + Prénom  
 + Code Aidé si dossier aidé existant  
 + Condition de cohabitation

5. REPRESENTANT LEGAL

1. TUTELLE

Représentant légal :  Aucun **5a**  Curatelle simple  
 Curatelle renforcée  Tuteur  
 (fournir obligatoirement un justificatif)

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_

DOSSIER AIDE > ELEMENTS DE FACTURATION de l'Aidé

Elements de Facturation de l'Aidé

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Périodicité : Mensuelle **5a** Trimestrielle

Adresse de facturation

Nom : DUPONT

Adresse : 1 AV DE LA FORET

72000 LE MANS

Cedex

Tél : 000000000000

E-Mail : dupont.dupont@orange.fr

Relation : Tuteur

Relation : Tuteur

2. CURATELLE

Représentant légal :  Aucun **5b**  Curatelle simple  
 Curatelle renforcée  Tuteur  
 (fournir obligatoirement un justificatif)

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tutelle / Curatelle :  
 Justificatif obligatoire

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels

Les intervenants extérieurs

Les intervenants extérieurs

Identification

Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Obs. : \_\_\_\_\_  
 Fax : \_\_\_\_\_  
 E-Mail : \_\_\_\_\_  
 Observation : \_\_\_\_\_

Type hôpital

Ajouter Supprimer Ok Annuler Sortir

Création d'un intervenant extérieur si non existant

Environnement de l'aidé

Aidé : 22161 TEST

Habitat Relationnel Réseaux professionnels

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail
CURATEUR				

Observations : \_\_\_\_\_

Ajouter Supprimer Intervenants extérieurs **5b** Ok Annuler

Aides techniques

Paramètres possibles

- LIT MEDICALE
- FAUTEUIL ROULANT
- LEVE-MALADE
- DEAMBULATEUR
- CANNES
- COUCHES
- BARRES D'APPUI

Paramètres sélectionnés

OK Retour

Faire « Ajouter » pour créer une fiche de référence pour un intervenant professionnel qui peut être commun à plusieurs clients. Celui-ci sera numéroté.

A noter : seuls les champs suivants sont accessibles : Type, Nom, Prénom, E-mail et Observations.

6. RELAIS EXTERIEUR (PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE)

Relais extérieur = personne à prévenir en cas de besoin (problème d'intervention).  
Cela ne concerne pas la gestion administrative.

**Relais extérieur = personne à prévenir en cas d'urgence : 6 a**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Cette information apparaît en haut du planning :

**Si le client souhaite qu'une tierce personne désignée reçoive les documents liés à la facturation :**

Enregistrer dans ELEMENTS DE FACTURATION

Le client doit rédiger un courrier formalisant sa demande, signé de lui-même et contresigné de la personne destinataire.

6 b

7. PERSONNES DE L'ENTOURAGE

7 DETAILS DES PERSONNES DE L'ENTOURAGE

NOM	PRENOM	COMMUNE + DPT	EMAIL	TEL	PORTABLE	LIEN DE PARENTE	VIVANT AU FOYER
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Onglet « Relationnel »

7

Compléter les données pour chacun des membres de l'entourage.

8. DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

La personne de confiance désigne le proche aidant (ou référent) comme la personne à prévenir en cas d'urgence.

Le client :

ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

déclare désigner en tant que personne de confiance au sens de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles la personne suivante qui est informée des conséquences de la désignation et les accepte :

- NOM Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_
- Adresse électronique : \_\_\_\_\_
- Lien avec la personne (cocher) :
  - Membre de la famille (préciser le lien de parenté) : \_\_\_\_\_
  - Proche (préciser, par exemple voisin) : \_\_\_\_\_
  - Médecin traitant

Cette personne sera consultée et informée par la structure si je rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de mes droits, notamment pour l'évaluation de mes besoins et leur évolution, la détermination du contenu des prestations fournies par le service, les aides financières auxquelles je peux prétendre.

Si je le souhaite, elle m'accompagnera dans mes démarches et assistera aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

**PERSONNE DE CONFIANCE**  
=  
**Pour la gestion administrative**

Le client choisit de :

- **ne pas désigner** ou
- **désigner**

le relais extérieur comme personne de confiance.

Option : Extension du rôle de la personne de confiance au domaine médical

Si je suis hors d'état d'exprimer ma volonté, cette personne sera consultée par le corps médical concernant les soins, notamment l'inclusion dans un protocole de recherche médicale, et sur toute intervention ou investigation. Sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucun soin, investigation ou opération ne pourra être réalisé(e) sans cette consultation préalable.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave et sauf opposition de ma part, elle pourra recevoir les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

**Durée de la désignation :**

Option 1 : durée indéterminée = jusqu'à ce que la personne y mette fin  
 Cette désignation est valable pour une durée indéterminée, jusqu'à ce que j'en décide autrement.

Option 2 : Désignation à durée déterminée  
 Cette désignation est valable jusqu'au \_\_\_\_\_ (indiquer date ou évènement qui déclenche la fin de la désignation pour la personne accompagnée, exemple : fin de l'intervention du service d'aide à domicile ; retour de mon fils de l'étranger...), étant entendu que je pourrai suspendre ou interrompre cette désignation à tout moment si je le décide.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en 3 exemplaires.

Signature du client :	Signature de la personne de confiance, le cas échéant :
-----------------------	--

1 exemplaire destiné au client  
 1 exemplaire destiné à la structure  
 1 exemplaire destiné à la personne de confiance, le cas échéant

A remplir dans le cas d'une désignation d'une personne de confiance.

A remplir dans tous les cas.

Exemplaire jaune à remettre à la personne de confiance, le cas échéant.

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Onglet « Relationnel » puis « Personne de confiance ».

Si « Référent » est coché, c'est le numéro de cette personne qui s'affichera sur le contact indiqué sur le plannig des salariées. Attention : les anciens clients pour lesquels « Référent » est coché mais cela n'est pas forcément correct car cette coche a changé de signification.

8

Personne de confiance		DUPONT		Adresse	
Référent	<input checked="" type="checkbox"/> Non				
Téléphone	06 63 35 52 24	Portable	06 63 35 52 24	E-Mail	mail@mail.fr
Observations	FILS				

## 9. DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT

**ARTICLE 19 : DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT**

► Le client souhaite démarrer les interventions :

- **Sans prise en charge :**
  - Avant l'expiration du délai de rétractation.
  - Après l'expiration du délai de rétractation.
- **Avec prise en charge :**
  - Avant la réception de la notification et avant l'expiration du délai de rétractation.
  - Avant la réception de la notification et après l'expiration du délai de rétractation.
  - Après la réception de la notification.

► Le présent contrat est conclu pour une durée :

- Déterminée, du\* \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Indéterminée à compter du\* \_\_\_\_\_

*\*La date d'effet peut être la date de notification de l'accord.*

A enregistrer comme ci-dessous :

## ACTIVITE DE L'AIDE

### RS :

- Indéterminée : Enregistre **Date de début**
- Déterminée : Enregistre **Dates de début + fin + Motif**

### Service Convention :

- Indéterminée : Enregistre **Date de fin**
- Vérifie que l'Exonération est décochée si moins de 70 ans.

9

La « **date début** » correspond à la date de **début de l'activité**.

## 10. MOYENS DE PAIEMENT

### ARTICLE 20 : MOYENS DE PAIEMENT

Le client s'engage à régler les factures émises par la structure par :

- Espèces,
- Prélèvement automatique (document à compléter),
- Chèque bancaire,
- Chèque Emploi Service Universel Pré financé (CESU)
- Virement.

Toute modification du moyen de paiement après signature du contrat devra faire l'objet d'une demande écrite adressée directement au service comptabilité.

Si « Prélèvement automatique » : faire remplir le document mandat de SEPA annexe.

Le mandat de prélèvement SEPA et le RIB sont transmis au service convention qui se charge de transmettre au service comptabilité pour saisir les données dans « Eléments de Facturation de l'Aidé ».

10

## 11. AUTRES DOCUMENTS RECUS PAR LE CLIENT

**ARTICLE 21 : AUTRES DOCUMENTS RECUS PAR LE CLIENT**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
 déclare avoir reçu ce jour les documents suivants :

- ▶ l'offre de service,
- ▶ le devis,
- ▶ le livret d'accueil dont le règlement de fonctionnement,
- ▶ la fiche tarifs des prestations en vigueur à la date de signature du contrat,
- ▶ le cahier de liaison.

et accepte les termes du présent contrat prestataire et des documents ci-dessus.

Fait à ..... le.....

En deux exemplaires originaux dont un est remis au client ce jour.

## 12. SIGNATURE

<p><b>Le représentant de Familles Rurales</b>  <b>Nom de l'encadrant :</b> _____</p> <p><u>Signature :</u> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>→ Merci de parapher chaque page de ce présent contrat.</b></p> <p><u>Lieu de la signature :</u>      <input type="checkbox"/> A domicile,             <input type="checkbox"/> Dans les locaux de la structure,             <input type="checkbox"/> A distance.</p> <p><u>Conclu en présence de :</u> _____             <input type="checkbox"/> Proche aidant   <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p><b>Le client et /ou son Représentant légal*</b>  <i>*rayer la mention inutile</i></p> <p><u>Signature :</u> _____</p>
---	--

Penser à rayer la mention inutile !

A noter :

LIEU / DOMICILE	A DOMICILE = HORS ETABLISSEMENT		HORS DOMICILE = EN ETABLISSEMENT	MAIL / COURRIER
	INTERVENTION QUASI IMMEDIATE (dès lendemain)	INTERVENTION ULTERIEURE (en différé)		
<b>DEMARRAGE DES INTERVENTIONS</b>	Si souhaite débuter interventions avant la fin du délai de rétractation -> faire recueil de la demande expresse sur papier.			
<b>DELAJ DE RETRACTATION</b>	14 jours à compter du lendemain de la signature.	14 jours	Présence conjointe. Aucun délai.	14 jours
<b>PREAVIS</b>	- Aucun, sans motivation et sans frais. - Si intervention débutée : verse le montant correspondant au service fourni jusqu'à la communication de la décision de se rétracter.			

## 13. EVALUATION INITIALE DES BESOINS

### ENVIRONNEMENT

13 a et b

EVALUATION INITIALE DES BESOINS	
<p><b>ENVIRONNEMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vit seul <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Vit avec une personne : <input type="checkbox"/> dépendante             <input type="checkbox"/> autonome             <input type="checkbox"/> aidante</p> <p><input type="checkbox"/> Présence d'animaux (type, nb) : .....             Risque potentiel ? <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Situation(s) spécifique(s) (oxygène, régime alimentaire, etc.) : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Ouverture de la porte par le client ou un tiers</p> <p><input type="checkbox"/> Clés remises à l'intervenant <b>et/ou</b> <input type="checkbox"/> Clés disponibles à : .....             et/ou <input type="checkbox"/> Code : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Remarque(s) éventuelle(s) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Emplacement du cahier de liaison : .....</p>

DETAIL DES PERSONNES AU FOYER -> Condition cohabitation

Détail des Personnes au foyer

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Conjoint

Dossier aidé

Nom patronymique Prénom

Date de naissance N.I.R. Clé

Situation Date de décès

Numéro d'affiliation Recherche

Autres personnes

Nom	Prénom	Date de Naissance	Lien avec Aidé	Fiscal

Ajouter Supprimer OK Annuler

Condition cohabitation PERSONNE SEULE OK Retour

Et

MODALITES D'INTERVENTION -> Comportement

Modalités d'intervention

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Tâches Modalités d'intervention Aidants incompatibles

Indisponibilités Comportement Semaine type

Notation au

Liste des comportements

Intervention vitale – sans possibilité de relais extérieur		
Intervention vitale – avec possibilité de relais extérieur		
Vit avec une personne dépendante	1	
Vit avec une personne autonome	0	
Vit avec une personne aidante	0	

Indiquer en binaire : 1 ou 0

ENVIRONNEMENT	
<input type="checkbox"/> Vit seul <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Vit avec une personne : <input type="checkbox"/> dépendante <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aidante	<input type="checkbox"/> Ouverture de la porte par le client ou un tiers <b>13e</b> <input type="checkbox"/> Clés remises à l'intervenant <b>et/ou</b> <input type="checkbox"/> Clés disponibles à : ..... <b>13f</b> ..... et/ou <input type="checkbox"/> Code : .....
<b>13c</b> <input type="checkbox"/> Présence d'animaux (type, nb) : ..... ..... Risque potentiel ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Remarque(s) éventuelle(s) : <b>13g</b> .....
<b>13d</b> <input type="checkbox"/> Situation(s) spécifique(s) (oxygène, régime alimentaire, etc.) : .....	<input type="checkbox"/> Emplacement du cahier de liaison : ... <b>13h</b> .....

**13e** 1. ACCES AU DOMICILE - Description :

**13f** 2. OUVERTURE DE LA PORTE PAR LE BENEFICIAIRE (ou colocataire) : OUI / NON

**13c** 3. CLEFS : NON / OUI (Remises à l'intervenante : OUI / NON ou Disponibles à "Lieu" et/ou "Code").

**13h** 4. PRESENCE D'ANIMAUX : NON / OUI -> Type d'animal : indiquer (Attention au chien, attention au chat).

5. LOGEMENT FUMEUR : NON / OUI

**13d** 6. CAHIER DE LIAISON - Emplacement :

7. NECESSITE DE PASSAGE A HEURE FIXE : NON / OUI (Indiquer les horaires concernés)

**13g** 8. SITUATIONS A RISQUE : NON / OUI -> Comportement A, Comportement T, Dépendance, Présence entourage, Régime sans sucre, Trouble de la mémoire, Trouble de la motricité, Troubles psychiques, Maladie infectieuse, Malvoyant, Malentendant, Muet

9. REMARQUE(S) EVENTUELLE(S) : NON ou saisir texte.

Informations pour planning

Jours fériés travaillés  Remplacement systématique  \*\* **Clefs**  **13 f\***

\* **13 f** : si case « Clefs » cochée => signifie que les clés sont remises à l'intervenante ou boîtier clés ou clés cachées.

\*\* « Remplacement systématique » : à cocher si le financement l'induit.

INTERVENANTS EXTERIEURS

**13i**

INTERVENANTS EXTERIEURS (Indiquer nom + commune)	
<input type="checkbox"/>	Médecin : .....
<input type="checkbox"/>	Portage de repas : .....
<input type="checkbox"/>	Infirmier : .....
<input type="checkbox"/>	SSIAD : .....
<input type="checkbox"/>	Autre(s) : .....

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels -> Intervenants extérieurs

Environnement de l'aidé

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Habitat Relationnel **Réseaux professionnels**

Intervenants extérieurs

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail

TUTELLE

Observations :

Ajouter Supprimer **Intervenants extérieurs** Ok Annuler

Aides techniques

Paramètres possibles

LIT MEDICALISE  
FAUTEUIL ROULANT  
LEVE-MALADE  
DEAMBULATEUR  
CANNES  
COUCHES  
BARRES D'APPUI

Paramètres sélectionnés

OK Retour

13i

Les intervenants extérieurs

Type [dropdown]  
Nom [dropdown]

**Identification** | Gestion des paiements

Prénom [input]  
Adresse [input]  
Cedex [input]   
Téléphone [input] Obs. [input]  
Fax [input]  
E-Mail [input]  
Observation [input]

Type hôpital

Ajouter Supprimer Ok Annuler Sortir

Rappel : pour le tuteur  
=>  
Enregistrement dans la Rubrique  
Eléments de Facturation  
  
(cf. partie 5. « REPRESENTANT  
LEGAL »).

AIDES TECHNIQUES

13j

**AIDE(S) TECHNIQUE(S)**

Présente(s) :

Fauteuil roulant  Changes  Téléassistance  
 Déambulateur  Montauban  Lève-personne  
 Lit médicalisé  Cannes  Autre(s) : .....

Nécessaire(s) : .....



ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels -> Aides Techniques

13j

Environnement de l'aidé

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Habitat | Relationnel | **Réseaux professionnels**

Intervenants extérieurs

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail

Observations : [input]

Ajouter Supprimer Intervenants extérieurs Ok Annuler

**Aides techniques**

Paramètres possibles

- LIT MEDICALISE
- FAUTEUIL ROULANT
- LEVE-MALADE
- DEAMBULATEUR
- CANNES
- COUCHES
- BARRES D'APPUI

Paramètres sélectionnés

OK Retour

14. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

NOTAIRE

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Notaire (nom, commune) : .....

AUTRES : .....

Notaire -> voir point 13 i

Environnement de l'aidé  
Aidé : 31880 JOLY MONIQUE

Habitat      Relationnel      Réseaux professionnels

Intervenants extérieurs

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail
MEDECIN	00049	VIEIL MIGUEL		
NOTAIRE	00130	MAITRE ANDRE		

Observations : LE MANS

Ajouter   Supprimer   Intervenants extérieurs   Ok   Annuler

15. REPARTITION ET VOLUMES HORAIRES

REPARTITION ET VOLUMES HORAIRES = Semaine type

Précisez le nombre d'heures, estimé en 00 h 00 min

NATURE DES INTERVENTIONS	Participation de la personne à la tâche	DU LUNDI AU SAMEDI		DIMANCHE	TOTAL SEMAINE
Toilette	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	30 min	3x/semaine	30 min	2h00
Habillage	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Déshabillage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Lever					
Coucher					
Bas de contention					
Préparation des repas	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	15 min	du lundi au samedi		4h30
Prise des repas					
Goûter					
Ménage	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	2h00	(2x 1h)		2h00
Entretien du linge	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Courses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Transferts					
Soutien psychologique					
Déplacements extérieurs - promenades					
Gestion administrative	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Surveillance de jour					
Surveillance de nuit					
Garde d'enfant de plus de 3 ans					
Autre : .....					
Nombre total d'heures par semaine :		8h00		30 min.	8h30

15a

MODALITES D'INTERVENTION -> Tâches

Modalités d'intervention

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Indisponibilités      Comportement      Semaine type

Tâches      Modalités d'intervention      Aïdants incompatibles

Evaluation au 05/08/2008

Liste des tâches à accomplir	temps (minutes)	temps (minutes)
AIDE A LA TOILETTE		
AIDE A L'HABILLAGE		
AIDE AUX TRANSFERTS		
MENAGE COURANT	90	
LAVAGE DU LINGE	30	
REPASSAGE	30	
NETTOYAGE DES VITRES	30	
RACCOMODAGE, COUTURE		
COURSES		
PREPARATION DES REPAS		
AIDE A LA PRISE DES REPAS	30	
AIDE DEPLACEMENTS EXTERIEURS	30	
AIDE DEMARCHES ADMINISTRATIVES		
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE		

Total hebdomadaire 4 H 00

Nouvelle évaluation      OK      Annuler      OK      Retour

15a

Indiquer le temps en minutes

A mettre à jour avec les nouvelles évaluations (annuelles ou sur demande du client)

## MODALITES D'INTERVENTION -> Informations pour ordre de mission

Les impératifs horaires sont liés uniquement aux pathologies (prise de médicaments, respect d'un régime alimentaire), déplacements médicaux (RDV ou accueil de jours) ou doublons avec partenaires.

**15b**

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Indisponibilités Comportement Semaine type

Tâches **Modalités d'intervention** Aidants incompatibles

Informations pour ordre de mission

CAHIER DE LIAISON  
Emplacement du cahier : "préciser l'endroit"

**NECESSITE DE PASSAGE A HEURE FIXE : OUI / NON**  
Indiquer les horaires concernés

## 16. INTERVENTION « VITALE »

**16**

INFORMATION pour les bénéficiaires de plan d'aide : plan les dimanches et les jours fériés, seules les interventions « vitales » sont réalisées **selon la planification habituelle** (lever/coucher, repas, aide à la prise de médicaments).

→ La totalité ou une partie des interventions ci-dessus est-elle « vitale » ? OUI  NON

## MODALITES D'INTERVENTION -> Comportement

**16**

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Tâches Modalités d'intervention Aidants incompatibles Indisponibilités **Comportement**

Notation au 12/01/2017

Liste des comportements

INTERV VITALE - RELAIS EXT	1	
INTERV VITALE - PAS RELAIS EXT	0	
VIT AVEC UNE PERS DEPENDANTE	0	
VIT AVEC UNE PERS AUTONOME	1	
VIT AVEC UNE PERS AIDANTE	1	
x		

Indiquer en binaire : 1 ou 0

## 17. ACCES AU DOMICILE

Saisir si besoin une indication simplifiée de l'accès au domicile (repères facilement identifiables).

ACCES AU DOMICILE :

(repères simples pour se rendre au domicile)

## MODALITES D'INTERVENTION -> Informations pour ordre de mission

**17**

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Indisponibilités Comportement Semaine type

Tâches **Modalités d'intervention** Aidants incompatibles

Informations pour ordre de mission

ACCES AU DOMICILE  
Description du parcours (voir feuille annexe bandeau à remplir)

## 18. HABITAT

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Onglet « Habitat »

Environnement de l'aidé

Aidé: 19356 COLIN JACKI

**Habitat** Relationnel Réseaux professionnels

Qualité de l'occupant: PROPRIETAIRE MAISON INDIVIDUELLE

Nombre total de pièces: 4 Surface habitable:  m<sup>2</sup>

Type d'habitat: DOMICILE PERSONNEL ORDINAIRE CONFORTABLE ET ADAPTE

Etat du logement

Paramètres possibles	Paramètres sélectionnés
PRESENCE MARCHES OU DIFFERENTS NIVEAUX	
SOLS DEFECTUEUX	
ABSENCE EAU COURANTE	
ABSENCE EAU CHAUDE	
WC EXTERIEURS OU ABSENCE	
WC NON ADAPTES	
ABSENCE SALLE DE BAINS	
BAIGNOIRE OU DOUCHE INADAPTEES	
CHAUFFAGE AVEC PROBLEME APPROVISIONNEMENT	
CHAUFFAGE DEFECTUEUX OU INEXISTANT	
ELECTRO-MENAGER INSUFFISANT	
MOBILIER INSUFFISANT	
ABSENCE TELEPHONE	
LOGEMENT TROP PETIT	
LOGEMENT INSALUBRE	

OK Retour

MERCI DE SCANNER TOUS LES DOCUMENTS DE MISE EN PLACE  
ET DE LES ARCHIVER DANS LE DOSSIER AIDE NUMERISE.