



« DEPARTEMENT SANTE  
ACTION SOCIALE »

# DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

## FICHE DE LIAISON

-----  
**SEJOURS « BLEU », VACANCES « AINES »,  
VACANCES AVEC AIDANT**

N° : DSASS – DENF -  
18151 – V4

Date : 11 Mai 2021

Page : 1 / 4

### LIAISON & EVALUATION DES BESOINS D'AUTONOMIE

A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE L'ACTION SOCIALE

- **DEMANDE DU BENEFICIAIRE** (à l'inscription) :  
Séjour Bleu  Vacances Aînés  Vacances Avec Aidant
- **DATE DE LA DEMANDE INITIALE** :.....

#### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

NOM		PRENOM	
NIA		Nom CMCAS	
Tel		Mail	

#### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE L'ACTION SOCIALE

Fonction	<input type="checkbox"/> ASS	<input type="checkbox"/> TASS	
Nom		Prénom	
Tel		Mail	

#### EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A CONTACTER:

Conjointe(e) <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Ami/voisin <input type="checkbox"/>
Nom/Prénom :		Tel :	

#### AFFECTATION(S) ENREGISTREE(S) SUR RESALYS

Centre de tourisme	Début	Fin	n° Résalys	Accompagné*

\*Préciser : conjoint, autre personne, seul

#### BESOINS SUR LE CENTRE

- de matériel	<input type="checkbox"/> lit médicalisé	<input type="checkbox"/> chaise douche	<input type="checkbox"/> autre : _____
- de l'option ménage	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
- du transfert de l'aide-ménagère	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
- d'un accompagnement para-médical	<input type="checkbox"/> IDE (infirmier d'état)	<input type="checkbox"/> Kiné	<input type="checkbox"/> autre : _____
- d'aide dans les gestes de la vie quotidienne : toilettes, habillage...	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
- Autres : à préciser			



« DEPARTEMENT SANTE  
ACTION SOCIALE »

## DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

### FICHE DE LIAISON

-----  
**SEJOURS « BLEU », VACANCES « AINES »,  
VACANCES AVEC AIDANT**

N° : DSASS – DENF -  
18151 – V4

Date : 11 Mai 2021

Page : 2 /4

#### ORGANISATION DU TRANSPORT POUR LE SEJOUR DEMANDE

Les trajets et déplacements en autonomie doivent être privilégiés.

*Dans le cas contraire, avez-vous besoin ?*

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - d'un transfert domicile-gare           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - d'un transfert gare-centre de tourisme | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - de convoys effectués par la CMCAS*     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Trajets et déplacements organisés : par le bénéficiaire  par la famille/autre

*\*concernant l'offre de vacances avec un aidant, le convoi est pris en charge par l'aidant, toute particularité sera étudiée en lien avec la CMCAS.*

#### AUTONOMIE

Le professionnel pourra avoir une première idée de la situation par un échange avec le bénéficiaire ou avec sa famille.

« Afin de déterminer au mieux vos besoins, pouvez-vous me dire si vous avez besoin d'aide à certain moment de la journée? Comment se déroule l'une de vos journées? Celle-ci est-elle représentative de votre semaine ? »

	QUOTIDIEN DU BENEFICIAIRE	EVALUATION
<b>A</b>	« Je n'ai pas besoin d'aide, je me lève, je fais ma toilette et m'habille seul(e), je prépare mon petit-déjeuner et je m'occupe tout (e) seul(e) de mes différentes activités quotidiennes : personnelles, domestiques, administratives, sportives, culturelles, de loisir etc.. »	La situation <b>A</b> indique <b>une autonomie</b> du bénéficiaire dans son environnement. S'il y a <b>une notion « d'isolement social</b> ». Cela justifie un départ en <b>séjour Bleu</b> .
<b>B</b>	« Plusieurs fois par semaine je suis aidé(e) pour faire ma toilette et/ ou mon ménage et/ ou mes courses et/ ou assurer tout ce qui est administratif ou autres (RDV médical etc.) ».  « Je suis aidé(e) chaque jour par mon conjoint (e), ma famille, mon auxiliaire de vie ou mon aide-ménagère pour me lever, m'accompagner aux toilettes et m'aider à me laver et m'habiller et à préparer mes repas et toutes mes activités de la vie quotidienne ».	Les situations <b>B</b> indiquent <b>un besoin d'aide à l'autonomie</b> du bénéficiaire dans son environnement. Ces <b>besoins</b> doivent être <b>évalués par l'ASS</b> et visés par le médecin conseil pour envisager la logistique nécessaire et possible en <b>Vacances Aînés et/ou vacances avec aidant</b>

#### DESCRIPTION DES AIDES A LA PERSONNE AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

*Chez vous, avez-vous ?*

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - un aidant familial ou extra-familial qui passe dans la semaine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - une aide-ménagère  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - une auxiliaire de vie  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - une téléassistance   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - un accompagnement para- médical (infirmière, kiné, etc.)       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |



« DEPARTEMENT SANTE  
ACTION SOCIALE »

## DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

### FICHE DE LIAISON

-----  
**SEJOURS « BLEU », VACANCES « AINES »,  
VACANCES AVEC AIDANT**

N° : DSASS – DENF -  
18151 – V4

Date : 11 Mai 2021

Page : 3 /4

#### **A compléter uniquement pour les séjours « bleu » « aînés »**

Si la réponse à la question du déroulement du quotidien est « B » et au moins une réponse « oui » a été cochée à l'une des 5 questions précédentes, l'ASS doit réévaluer le type de séjour en fonction du niveau d'autonomie du bénéficiaire avec l'avis du médecin conseil si besoin.

RE-EVALUATION OU CONFIRMATION  
AVEC LES ELEMENTS CI-DESSUS

A  SEJOUR BLEU

B  VACANCES AINES

#### RAPPEL DES DOCUMENTS A COMPLETER

SEJOUR BLEU	VACANCES AVEC AIDANT (Sur toute la durée du séjour)	VACANCES AINES (Aides ponctuelles para-médicales, IDE, transfert d'aide)	VACANCES AVEC AIDANT (ponctuellement, IDE, transfert d'aide)
▪ DSASS-DENF-18151 - Fiche de liaison		▪ DSASS-DENF-18151 - Fiche de liaison	
		▪ DSASS-DENF-18155 - Fiche d'aide à l'autonomie	
		▪ DSASS-DENF-18152 Fiche médicale à compléter par le médecin traitant	

#### COMMENTAIRE DU PROFESSIONNEL DE LA FILIERE ASS A L'ISSUE DE L'ENTRETIEN AVEC LE BENEFICIAIRE

#### AUTORISATION DE CONTACT DU MEDECIN CONSEIL DE LA CCAS

Je soussigné Mr / Mme :

Autorise le médecin conseil de la Ccas à prendre contact si nécessaire avec mon médecin traitant et/ou spécialiste.

Coordonnées médecin traitant et/ou spécialiste

Docteur :

Adresse :

☎ :

@ :

Pendant son séjour, le bénéficiaire doit se munir des dernières ordonnances de médicaments en cours de validité et de tous documents administratifs qu'il jugera nécessaires pour réaliser un accompagnement médical et/ou paramédical.



« DEPARTEMENT SANTE  
ACTION SOCIALE »

## DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

### FICHE DE LIAISON

-----  
**SEJOURS « BLEU », VACANCES « AINES »,  
VACANCES AVEC AIDANT**

N° : DSASS – DENF -  
18151 – V4

Date : 11 Mai 2021

Page : 4 /4

### BILAN DE SEJOUR

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE PRINCIPAL OU LE RESPONSABLE

Ce volet est à l'usage des Responsables Principaux ou de leur adjoint.

Il doit permettre d'échanger avec le Département Santé AS et l'ASS sur les informations concernant le déroulement du séjour réalisé.

<b>Nom du RP :</b>		<b>Nom du bénéficiaire :</b>	
<b>Date de séjour :</b>		<b>Lieu de séjour :</b>	

#### Commentaires du Responsable Principal de centre de tourisme