

**FICHE D'ORIENTATION A DESTINATION DES PROFESSIONNELS POUR FAIRE APPEL A LA  
PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT DES PROCHES AIDANTS**

Public ciblé : proche aidant accompagnant une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative ou une personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

Date orientation : .... / ..... / ..... Nom de la structure : .....

Coordonnées de la structure : ..... Nom/fonction du professionnel : .....

Nom de l'aidant : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Situation familiale :

Célibataire  En couple  Veuf  Autre : .....

Lien avec la personne aidée :

Conjoint  Enfant  Autre lien familial  Ami  
 Voisin

Mode de vie :

Vit avec la personne aidée  Ne vit pas avec la personne aidée

Activité

En activité professionnelle  Sans profession  A la retraite

Temps de présence estimé auprès de la personne aidée

24 h/24h  Plusieurs heures par jour  Plusieurs fois par semaine  
 Pas de présence physique mais aide à distance  Autre : .....

Nom de la personne aidée : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Pathologie de l'aidé : .....

Adresse : .....

**J'accepte que le professionnel transmette ses données afin d'être contacté par un professionnel de la  
plateforme d'accompagnement et de répit des aidants.**

Oui  Non

