



RECUEIL D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES PERSONNE AGEE - ADULTE HANDICAPEE

Date du recueil :

Origine de l'information :

- Téléphone Courrier ALMA
 Face à face * Autres (préciser)

Information recueillie par :

Nom et prénom :

Qualité :

Service :

Téléphone :

Personne concernée :

Nom/Prénom :

Sexe :

Date de naissance ou âge :

Adresse actuelle (*préciser également si adresse temporaire d'hébergement*) :

Ressources :

- Retraite AAH
 Autres (*préciser*) RSA

Qui gère les ressources ?

- La personne elle-même Un membre de la famille
 Une association tutélaire Une tierce personne

Propos tenus spontanément par l'informateur :

LES FAITS :

Qu'est-il arrivé à la personne âgée ou handicapée ?

Quand : (date, période des faits)

Où :

Cela s'est-il déjà produit ? (fréquence)

Identité de l'informateur (éventuellement) :

Nom-Prénom :

Lien avec la personne âgée ou handicapée :

Témoins direct des faits oui non

Anonymat souhaité : oui non

CONSEIL DEPARTEMENTAL -Direction de l'Autonomie

Copie à retourner à : Cellule Informations Préoccupantes PAPH- celluleIPPAPH@cg974.fr

ANNEXE DU RECUEIL D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES (PAPH)

Les maltraitements signalés * (cocher les cases concernées) :

<p>1) Négligences actives ou passives</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nourriture / boissons <input type="checkbox"/> Hygiène <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Privation d'aide à la toilette <input type="checkbox"/> Actes courants administratifs <input type="checkbox"/> Oubli de changes <input type="checkbox"/> Non entretien du linge <input type="checkbox"/> Non entretien de l'environnement <input type="checkbox"/> Autres (précisez) 	<p>5) Maltraitance physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coups <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Ligotage <input type="checkbox"/> Soins brusques <input type="checkbox"/> Contentions abusives <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Enfermement <input type="checkbox"/> Séquestration <input type="checkbox"/> Autres (précisez)
<p>2) Maltraitance matérielle ou financière</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vols <input type="checkbox"/> Escroqueries diverses <input type="checkbox"/> Locaux inadaptés <input type="checkbox"/> Autres (précisez) 	<p>6) Maltraitance psychique ou morale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dénigrement <input type="checkbox"/> Insulte <input type="checkbox"/> Langage grossier <input type="checkbox"/> Humiliation <input type="checkbox"/> Dévalorisation <input type="checkbox"/> Culpabilisation <input type="checkbox"/> Manipulation <input type="checkbox"/> Chantage <input type="checkbox"/> Violence verbale <input type="checkbox"/> Menace d'abandon <input type="checkbox"/> Infantilisation <input type="checkbox"/> Non respect de la pudeur <input type="checkbox"/> Privation de visites <input type="checkbox"/> Autres (précisez)
<p>3) Maltraitance médicale ou médicamenteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manque de soins de base <input type="checkbox"/> Non information sur les traitements/soins <input type="checkbox"/> Abus de traitement sédatifs <input type="checkbox"/> Défaut de soins de rééducation <input type="checkbox"/> non prise en compte de la douleur <input type="checkbox"/> Autres 	
<p>4) Privation ou violation des droits</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limitation de la liberté <input type="checkbox"/> Non respect de la sexualité <input type="checkbox"/> Non respect de la correspondance <input type="checkbox"/> Violation des droits civiques : privation des droits élémentaires du citoyen (droit d'expression, d'opinion, de vote, de disposer de ses papiers d'identité, de se déplacer, privation de pratique religieuse) <input type="checkbox"/> Autres (précisez) 	

* Source : définition du Conseil de l'Europe



Direction de l'Autonomie- Cellule Informations préoccupantes

Référence :

Code DA-CIP :

Saint-Denis, le

FICHE DE LIAISON

Information préoccupante relative aux personnes âgées-
handicapées

Origine de l'information :

Date de réception de l'information :

Fiche adressée au : Date :

- Responsable du GUT de
- Responsable des Actions de Santé de

PERSONNE CONCERNEE :

- Nom, Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Tél :

Référent de l'évaluation :

Action de Santé

MD/GUT

Nom :

REORIENTATION LE :

Service :

Motif :

Signature du référent

Signature du Responsable de Service et CTS

CONCLUSION DE L'EVALUATION :

Suites données :

Critère (s) retenu (s) :

- négligence
- maltraitance financière
- maltraitance médicamenteuse
- privation de droits

- Saisine Procureur
- Suivi polyvalence
- Suivi Action de Santé
- Classement sans suite
- Autre (précisez)

CONSEIL DEPARTEMENTAL -Direction de l'Autonomie

Copie à retourner à : Cellule Informations Préoccupantes PAPH- celluleIPPAPH@cg974.fr

maltraitance physique

Signature du référent

Signature du Responsable de Service