

<b>Nom de la personne qui signale :</b>  <b>Service :</b>  <b>Antenne :</b>  <b>Date des évènements :</b>  <b>Personne concernée :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nom :</li><li>- Prénom :</li><li>- Age :</li><li>- Adresse :</li> <li>- Tél :</li> <li>- Situation familiale :</li> <li>- Informations complémentaires</li></ul>	<b>Entourage de la personne :</b>  <b>Médecin traitant :</b> <b>Adresse :</b> <b>Tél :</b>  <b>Infirmier (ère) libéral(e) :</b> <b>Adresse :</b> <b>Tél</b>  <b>Autres :</b>
---	--

**Description des faits relevés par l'aide à domicile :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Changement notable de comportement du client :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Rappel littéral des propos du bénéficiaire déclarés à l'aide à domicile :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Signature de l'intervenant**

## PARTIE RESERVEE AU TRAITEMENT

**Fiche interne n°:**

**Reçue le :**

**Par :**

**Nom de la responsable de secteur :**

**Faits constatés le :**

**Rappel des propos du bénéficiaire déclarés au responsable de secteur :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Niveau d'alerte après remplissage du test de RIFVEL :**

**Suite donnée à l'information :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Propositions de la responsable de secteur :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Actions mises en place :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Date de la mise en place :**

**Observations complémentaires :**

**Signature du (de la) responsable de secteur**