RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE MARTINIQUE

VILLE DU FRANÇOIS

Fiche des besoins du bénéficiaire du portage à domicile

➡ Fiche remplie par (préciser le lien) : .....

Coordonnées du client

Bénéficiaires:

1- Nom : .....
Prénom : .....
2- Nom : .....
Prénom : .....

Adresse : .....
.....

Tél. Domicile : ☎ |.....|.....|.....|.....| / 📱 : |.....|.....|.....|.....|

Courriel : .....@.....

Date de naissance : 1- ...../...../...../ 2- ...../...../...../

Situation personnelle : ☐ Retraité(e) ☐ Handicapé(e) ☐ En activité ☐ En couple
☐ Seul(e) ☐ Vivant avec autre génération

Êtes-vous bénéficiaire de l'APA :

1- ☐ Oui ☐ Non
2- ☐ Oui ☐ Non

Contacts en cas de problème

❶ Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....
.....

Tél. Domicile : ☎ |.....|.....|.....|.....| / 📱 : |.....|.....|.....|.....|

Courriel : .....@.....

❷ Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Tél. Domicile : ☎ |.....|.....|.....|.....| / 📱 : |.....|.....|.....|.....|

Courriel : .....@.....

Intervenants auprès du client

Bénéficiez-vous (merci d'indiquer les moyens de les contacter si ces personnes ne figurent pas dans les contacts) :

☐ **Aide à domicile** :

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées : .....

☐ **Auxillaire de vie** :

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées : .....

☐ **Soins infirmiers** :

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées : .....

☐ **Autres** :

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées : .....

Accessibilité et équipement du domicile

☐ Maison individuelle ☐ Appartement ☐ Sonnerie : .....

☐ Téléalarme ☐ Alarme : ..... ☐ Digicode : .....

Si vous êtes absente) au moment du portage et afin de préserver les qualités de votre plateau repas, il nous faudrait (1 seul choix possible) :

☐ Contacter : ……..

☐ Prendre les clés chez : ……

☐ Déposer le repas chez : ……..

Équipement :

☐ Réfrigérateur ☐ Autres moyen de conservation : ……..

☐ Moyen de cuisson (plaques de cuisson, four traditionnel ou micro-onde, autre) : ……

Prestation demandée

Jours : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Repas : ☐ Midis ☐ Soirs

Durée : Du …… au ……

Nombre de personnes bénéficiaires : ……

Informations médicales générales

Médecin traitant (facultatif):

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

……

Tél. Domicile : ☎ |……|……|……|……| / 📱 : |……|……|……|……|

Courriel : ……@……

Vous souffrez de troubles : ☐ Visuels ☐ Auditifs ☐ De mémoire

Mangez-vous seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en capacité de prendre vos repas seul (cuisson, ouverture des barquettes…) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des difficultés pour sortir de chez vous ? ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous cuisiner ? ☐ Oui ☐ Non

Informations utiles :

Avez-vous des commerces de proximité pour faire vos courses ? ☐ Oui ☐ Non

Actuellement suivez-vous un régime ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel : ……

Prenez-vous un petit-déjeuner ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous sujets aux allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? (Certificat médical d'un allergologue)
……

Prenez-vous un repas le soir ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quoi est-il composé ?
☐ Soupe : ……
☐ Plat : ……
☐ Charcuterie : ……
☐ Fromage ou laitage : ……
☐ Dessert ou fruits : ……
☐ Pain : ……

Goûts et réticences

Mes repas doivent prendre en compte mes habitudes alimentaires :

☐ Je suis végétarien : préciser : ……

☐ Je ne mange pas de porc ou ……

Les aliments que je préfère sont :……

……

Les aliments que je déteste sont :……

……

Je préfère les plats en sauce : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires du client

Information complémentaire à prendre en compte dans l'élaboration de mes repas et le portage :……

……