



## GRILLE DE SIGNALEMENT

POLE DES SOLIDARITES

Direction personnes âgées et personnes handicapées

Service Action Sociale PA-PH

|                            |                           |  |                                 |
|----------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|
| <b>Date de réception :</b> | <b>CMS de référence :</b> | <b>Assistant (e) Social (e) de secteur</b> | <b>Infirmier (e) de secteur</b> |
|----------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|

**I - PERSONNES CONCERNEES :**

PA

AH

Personne Adulte

| NOM | PRENOM | Date et lieu de naissance | Sexe | Adresse et N° de téléphone | Situation maritale | Couverture Sociale |
|-----|--------|---------------------------|------|----------------------------|--------------------|--------------------|
|     |        |                           |      |                            |                    |                    |
|     |        |                           |      |                            |                    |                    |

Propriétaire

Locataire

Hébergé

**FAMILLE :**

| NOM & Prénom | Adresse et Numéro de téléphone | Lien de parenté |
|--------------|--------------------------------|-----------------|
|              |                                |                 |
|              |                                |                 |

**ENVIRONNEMENT (Voisins, amis, etc....)**

| NOM & Prénom | Adresse et Numéro de téléphone | Qualité |
|--------------|--------------------------------|---------|
|              |                                |         |

**INTERVENANTS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX**

| NOM & Prénom | Adresse et Numéro de téléphone | Spécialité |
|--------------|--------------------------------|------------|
|              |                                |            |

## MESURE DE PROTECTION

TYPE :

- TUTELLE  
 CURATELLE  
 SAUVEGARDE DE JUSTICE SIMPLE  
 SAUVEGARDE DE JUSTICE AVEC MANDATAIRE SPECIAL

ORGANISME OU PERSONNE NOMME : .....

### SITUATION FAMILIALE AU MOMENT DE L'INFORMATION :

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Vit seul                         |  |
| Vit en couple                    |  |
| Vit chez elle en famille         |  |
| Vit chez un membre de sa famille |  |
| Vit en famille d'accueil         |  |
| Vit en établissement             |  |
| Autre (préciser)                 |  |

|  |
|--|
| <b>ELEMENTS AIDE SOCIALE</b> (APA, ACTP, Aide-ménagère Etc...) |
|  |
| <b>ELEMENTS BUDGETAIRES</b>                                    |
|  |

## II - ORIGINE - TYPE DE SIGNALEMENT

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Anonyme                  |  |
| Victime                  |  |
| Famille                  |  |
| Association              |  |
| Entourage                |  |
| Mairie                   |  |
| Médecin                  |  |
| Intervenants au domicile |  |
| Etablissements           |  |
| Autres services          |  |
| Autres                   |  |

### SIGNALANT

| NOM                           | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE                |
|-------------------------------|--------|---------|--------------------------|
|                               |        |         |                          |
| <b>FORME DE L'INFORMATION</b> |        |         |                          |
| TELEPHONE                     |        |         | <input type="checkbox"/> |
| COURRIER                      |        |         | <input type="checkbox"/> |
| DEMARCHE INDIVIDUELLE         |        |         | <input type="checkbox"/> |
| VISITE A DOMICILE             |        |         | <input type="checkbox"/> |
| AUTRES (Préciser)             |        |         |                          |
| <input type="checkbox"/> ALMA |        |         |                          |

**III - RECEPTION / TRANSMISSION :**

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| <b>RECEPTION DE L'INFORMATION</b><br><u>SERVICE</u> | <b>NOM</b>               |  |
|   | <b>PRENOM</b>            |  |
|   | <b>QUALITE</b>           |  |
|   | <b>TELEPHONE<br/>FAX</b> |  |

**IV - CARACTERISTIQUES**

MALTRAITANCE                       RISQUE

| <b>AUTEUR PRESUME DE LA MALTRAITANCE</b> |  | <b>PRECISER</b> |
|--|--|-----------------|
| FAMILLE                                  |  |                 |
| VOISINS                                  |  |                 |
| AMIS                                     |  |                 |
| TUTEURS                                  |  |                 |
| INTERVENANTS                             |  |                 |
| ETABLISSEMENT ou ACCUEILLANT FAMILIAUX   |  |                 |
| AUTRES                                   |  |                 |

**V - MOTIF DE L'INFORMATION :**

## Evènements relatifs aux victimes présumées :

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Violences sexuelles                     |  | Privation de droit                        |  |
| Viols                                   |  | Négligences graves ou erreurs successives |  |
| Violences psychologiques et morales     |  | Maltraitements non précisés               |  |
| Violences                               |  | Tentatives de suicides                    |  |
| Non-respect de la prescription médicale |  |   |  |
| Autres (précisez) :                     |  |   |  |

## Evènements relatifs à la santé de la personne

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Maladies contagieuses : | Accidents corporels :<br>(chutes) |
| Autres (précisez) :     |                                   |

## Evènements relatifs à la sécurité des biens et des personnes :

|                     |   |
|---------------------|---|
| Vols récurrents :   | Insalubrités et problèmes d'hygiène du logement : |
| Départ de feu :     |   |
| Autres (précisez) : |   |

**VI – EXPOSE DES FAITS :**

Conséquences pour la santé et la sécurité de la ou des victimes :

- Hospitalisation :      oui                   non
- Autres :