|  |  |
| --- | --- |
| Association :  | Etablissement/Service : |
| Nom de la Personne ayant renseigné l’évaluation :  | Fonction de la personne ayant renseigné l’évaluation :  |
| Nom de la personne ayant accompagné aux urgences | Fonction de la personne ayant accompagné aux urgences |
| Date : Heure d’arrivée aux urgences : | Vulnérabilité ou handicap de la personne ayant eu recours à la Filière Vulnérabilité-handicap :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Pour chaque recours aux urgences*** | Votre réponse | Vos remarques |
| Avez-vous été orienté aux urgences par le Centre 15 ? |  |  |
| Avez-vous signalé faire partie de la filière vulnérabilité handicap ? |  |  |
| Avez-vous téléphoné aux urgences avant votre arrivée (IDE de liaison ou médecin référent)? |  |  |
| ***Motif*** de l’admission ? |  |  |
| Avez-vous été installé dans un box dès votre arrivée ?Si non au bout de combien de temps ? |  |  |
| ***Temps d’attente*** **avant** un premier examen médical (prise de sang, radio...) |  |  |
| Les informations sur le déroulé de la prise en charge vous ont-elles été données au fur et à mesure ? |  |  |
| ***Durée totale*** de la prise en charge au service des urgences (entre l’entrée et la sortie) |  |  |
| L’accompagnant “aidant” a-t-il pu rester aux côtés de la personne dans le service des urgences  |  |  |
| Y a-t-il eu une hospitalisation post urgences ?Si oui dans quel service, et pour quelle durée ? |  |  |
| ***Au retour*** dans l’ESMS : avez-vous été destinataire d’un **bilan médical** en rapport avec le motif de recours au service d’urgence ? |  |  |
| La personne accompagnée avait -elle déjà fréquenté les urgences au cours de l’année passée ? |  |  |
| ***Autres remaques :***  |  |  |

✅**Ce questionnaire complété est à transmettre par mail à** **e.gueguinou@adages.net**

✅Vous pouvez aussi compléter le questionnaire Handifaction ici : <https://www.handifaction.fr/questionnaire/repondre/>