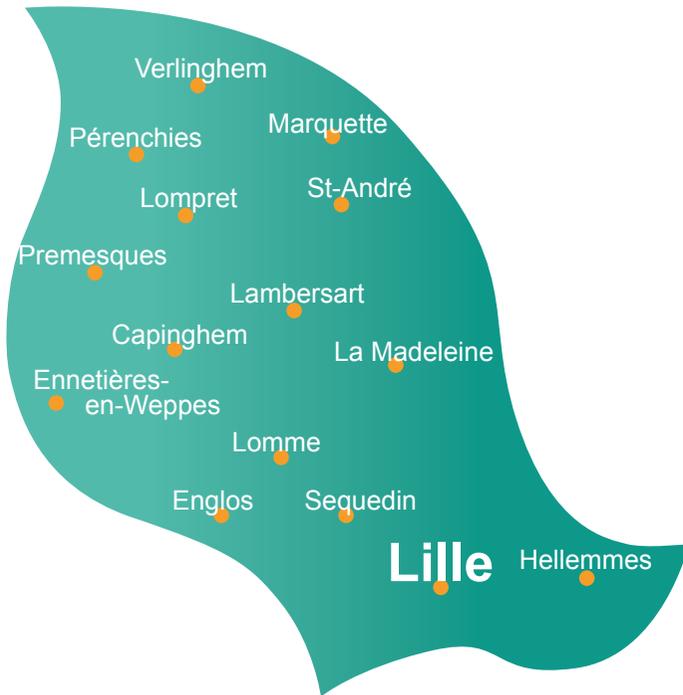


Secteur d'intervention



Notre équipe pluridisciplinaire

- Ergothérapeute
- Infirmière coordinatrice
- Secrétaire

ESPRAD CHUTE

Equipe Spécialisée Prévention
et Réadaptation A Domicile

Prévention du risque de chute
ou des conséquences
psychomotrices d'une chute

Tél : 03 20 22 59 12

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi
8h30-12h30 / 13h30-17h

E-mail : esprad@ghicl.net
Fax : 03 20 22 52 89

ESPRAD CHUTE
Site Humanicité
1 rue l'Abbé Pierre
Résidence les Emeraudes - Bât. B
59160 CAPINGHEM

Juillet 2015 - GHICL Communication - a5a5c0 03 28 04 06 0

ESPRAD CHUTE

Equipe Spécialisée
Prévention et Réadaptation
A Domicile



Prévention du risque de chute ou des conséquences psychomotrices d'une chute (syndrome de l'après-chute).

Pour qui ?

Les personnes de plus de 60 ans :

- ayant chuté ou présentant des risques importants de chute ;
- vivant à domicile.

Programme de réadaptation personnalisé

2 séances d'ergothérapie par semaine pendant 8 à 12 semaines en complémentarité avec les professionnels de ville :

- Évaluation et réduction des facteurs de chute, personnels et environnementaux ;
- Réadaptation et réentraînement en situation réelle de vie ;
- Conseil en aides techniques et aménagement du domicile ;
- Travail de ré autonomisation pour les actes de la vie quotidienne ;
- Remise en confiance à travers l'activité.

Modalités

L'équipe pluridisciplinaire travaille en coopération avec les acteurs sanitaires et sociaux de ville.

- 1. Visite de l'infirmière coordinatrice** au domicile, sur appel d'un partenaire.
- 2. Proposition de projet de réadaptation et rééducation fonctionnelles** en concertation avec le médecin traitant, le patient et l'ergothérapeute ; rédaction de la prescription médicale.
- 3. Mise en œuvre et déroulement du programme de réadaptation et rééducation fonctionnelles personnalisées** à domicile.
- 4. Synthèse bimensuelle** de service avec l'équipe.
- 5. Fin de suivi :**
 - Conseils et recommandations donnés par écrit au patient (brochures...) ;
 - Compte rendu écrit adressé aux partenaires concernés.
- 6. Suivi à moyen terme** par une visite de l'infirmière coordinatrice et/ou de l'ergothérapeute, au domicile, à 6 mois et 12 mois suivant la fin de la prise en charge.

Qui peut nous contacter ?

Nos partenaires

- Acteurs de ville: médecin traitant, kinésithérapeute, infirmier,...
- Médecin des consultations spécialisées.
- Équipes mobiles de gériatrie.
- Services Hospitaliers.
- Réseaux gérontologiques.
- HAD (Hospitalisation à Domicile).
- SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile).
- SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile).
- Services d'Auxiliaires de Vie.
- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination).
- CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).
- Services Sociaux (hospitaliers ou de ville).
- Familles, entourage, patient.

Financement

- **Financement 100% Sécurité Sociale** sur prescription médicale du médecin traitant (**pas de demande d'entente préalable**).