

Formation des aidants proches de malades d'Alzheimer, Parkinson et Sclérose en plaques

Bilan d'action 2018

Personne ayant rempli le bilan

Nom et prénom

Fonction

Téléphone

Mail

A-DONNÉES GÉNÉRALES

Nom du porteur de projet de l'action de formation

Période de réalisation de l'action de formation

Première séance

 / /

Dernière séance

 / /

Lieu de déroulement de l'action de formation

Établissement

Commune

CP

Public concerné par la formation

B-BILAN QUANTITATIF

Données sur les aidants

Nombre d'aidants inscrits :

Nombre d'aidants ayant participé à la formation :

Nombre d'aidants selon le genre :

Hommes

Femmes

Code postal du domicile des aidants ayant participé à la formation

Code postal

Nombre

Code postal

Nombre

Code postal

Nombre

Organisme qui a orienté les aidants**Nombre d'aidants**

CH ou consultation mémoire

CLIC

Plateforme de répit

Association

Accueil de jour ou EHPAD

Autre

Lien familial ou social de l'aidant avec la personne malade**Nombre d'aidants**

Conjoint

Enfant

Frère/sœur

Petit-enfant

Ami

Voisinage

Autre

Catégorie d'âge**Nombre d'aidants**

18 à 30 ans

31 à 40 ans

41 à 50 ans

51 à 60 ans

61 à 70 ans

71 à 80 ans

Plus de 80 ans

Situation au regard de l'emploi**Nombre d'aidants**

Retraité

En activité

En inactivité (hors retraite)

Autre

Type de solution mise en place pour l'aidé pendant la formation**Nombre d'aidants**

L'aidé peu rester seul

Accompagnement par un tiers familial, amical

Accompagnement par un tiers professionnel

Prise en charge organisée par le porteur de projet

Accueil de jour

EHPAD

Aidé décédé

Autre

Type de moyen de transport utilisé pour le déplacement sur le lieu de formation**Nombre d'aidants**

Voiture personnelle

Transport en commun

A pied

Transport organisé par l'opérateur

Autre

Données sur la personne aidée

Type de maladie	Nombre d'aidants	Type de maladie	Nombre d'aidants
Maladie d'Alzheimer	<input type="text"/>	Diagnostic SEP en cours	<input type="text"/>
Maladie apparentée ou démence vasculaire	<input type="text"/>	Maladie Parkinson	<input type="text"/>
Diagnostic en cours (Alzh, apparenté ou démence)	<input type="text"/>	Syndrome Parkinson apparenté	<input type="text"/>
Sclérose en plaques	<input type="text"/>	Diagnostic en cours (park ou apparenté)	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>		

Année de diagnostic	Nombre d'aidants	Année de diagnostic	Nombre d'aidants
2018	<input type="text"/>	2014	<input type="text"/>
2017	<input type="text"/>	2013-2008	<input type="text"/>
2016	<input type="text"/>	Avant 2008	<input type="text"/>
2015	<input type="text"/>	Précisez	<input type="text"/>

Mode de vie de la personne aidée	Nombre d'aidants
Seule	<input type="text"/>
Avec l'aidant suivant la formation	<input type="text"/>
Avec un autre aidant	<input type="text"/>
En établissement (EHPAD, UHR, UCC, hôpital)	<input type="text"/>
Décès	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Durée d'accompagnement de la personne aidée

Nombre d'aidants

< 1 an

De 1 à 3 ans

De 3 à 5 ans

De 5 à 7 ans

> 7 ans

Précisez

Données sur l'action de formation

Intitulé des thématiques

Nombre de séances

Nombre d'aidants ayant participé à toutes les séances de formation :

Autres précisions sur l'assiduité :

Mise en place d'une solution de transports pour le déplacement des aidants vers le lieu de formation

Si oui, laquelle

Mise en place d'une solution d'accompagnement pour la personne aidée durant la formation de l'aidant

Si oui, laquelle

Intervenant

Type de professionnel	Institution
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Intervention d'un aidant-témoin lors des séances de formation :

Montant financé par l'ARS (en euros) :

Coût total de l'action (en euros) :

C-BILAN QUALITATIF

Précisez en quelques lignes vos remarques (points positifs, facteurs de blocage, facteurs d'amélioration, etc.) concernant les aspects suivants :

1. Mobilisation des aidants

2. Satisfaction des aidants

3. Partenariats créés

4. Financement de l'action

D-DONNÉES DE SUIVI DES DÉPENSES DES ACTIONS DE FORMATION DE L'OPÉRATEUR

Au :

1. Nombre d'action de formation

Prévisionnel :

Réalisé :

2. Frais de formateur (montant en euros, centimes)

Taux horaire :

Nombre d'heures effectuées :

Prévisionnel :

Réalisé :

3. Frais de l'intervenant (montant en euros, centimes)

Taux horaire :

Nombre d'heures effectuées :

Prévisionnel :

Réalisé :

4. Frais de déplacements (montant en euros, centimes)

Prévisionnel :

Réalisé :

5. Montant total (montant en euros, centimes)

Prévisionnel :

Réalisé :

Commentaire libre