

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

Bilan d'action 2019

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		Diagnostic SEP en cours	
Maladie apparentée ou démence vasculaire		Maladie Parkinson	
Diagnostic en cours (Alzh, apparenté ou démence)		Syndrome Parkinson apparenté	
Sclérose en plaques		Diagnostic en cours (park ou apparenté)	
Autre			

Année de diagnostic	Nombre d'aidants	Année de diagnostic	Nombre d'aidants
2019		2015	
2018		2014-2008	
2017		Avant 2008	
2016		Précisez	

Mode de vie de la personne aidée	Nombre d'aidants
Seule	
Avec l'aidant suivant la formation	
Avec un autre aidant	
En établissement (EHPAD, UHR, UCC, hôpital)	
Décès	
Autre	

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

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