



FICHE ORIENTATION (FAMO*)

*Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation
REGULATION / GESTION DE CAS

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Origine de la demande et Nom / fonction :

☎ : @ :

<input type="checkbox"/> Equipe APA	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre établissement de santé (UHR, SSR...)	<input type="checkbox"/> SAAD
<input type="checkbox"/> CLIC	<input type="checkbox"/> Médecin Gériatre <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Accueil de jour
<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéral (IDE, Kiné...)	<input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Plateforme de répit	<input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> H.T* <i>*Hébergement Temporaire</i>
<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> CSG*/CHA <i>*Court séjour gériatrique</i>	<input type="checkbox"/> Service social <i>(CPAM RSI MSA CARSAT ...)</i>	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> Caisse de retraite	<input type="checkbox"/> CMRR <input type="checkbox"/> Cs Mémoire/CHA	<input type="checkbox"/> Réseau de santé	<input type="checkbox"/> Autre

Information de l'intervention de la MAIA : bénéficiaire Référent

Le bénéficiaire a-t-il été informé de la demande d'orientation MAIA ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

Le référent a-t-il été informé de la demande d'orientation ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

BENEFICIAIRE

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Aidant principal à contacter

Nom / Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone : Autre contact :

FAMO MAIA - BENEFICIAIRE : M. Mme

Médecin traitant : Dr..... ☎

Infirmière : ☎

Assistante sociale : ☎

Assurance maladie / dépendance :

Caisse d'assurance maladie : N° SS :

Prise en charge ALD :

Mutuelle :

Caisse de retraite :

APA : oui non en cours

GIR : Nombres d'heures attribuées :

Téléalarme Amélioration habitat Protections Autre

Aide sociale (a. ménagère) AAH PCH

Suivi :

CLIC contrôle effectivité (Plan APA) CDC suivi social

Mesure de protection :

Aucune Demande en cours Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde

de justice tutelle MASP

Nom de la personne chargée de l'exercice de la mesure de protection :

Etablie conjointement avec GC MAIA

ANALYSE DE 1^{ER} NIVEAU Etablie par le professionnel à l'origine/demande

Merci de cocher les cases correspondantes (plusieurs réponses possibles)

SANTE

Problème de santé (*maladies chroniques, invalidantes*)

Troubles cognitifs (*troubles mnésiques, oublis fréquents, oublis des faits récents*)

Désorientation (dans le temps, dans l'espace)

Troubles du comportement (*repli, déambulation, errance, agressivité...*)

Troubles de l'équilibre (chutes récentes, répétitives...)

Troubles sensoriels (*auditifs, visuels, odorat...*)

Trouble du langage

Troubles nutritionnels (*amaigrissement, perte d'appétit,*

Perte d'autonomie **récente**

Difficultés de mobilité

Hospitalisations régulières

Absence de suivi du médecin

Absence de diagnostic neuropsychologique (*Cs Mémoire*)

Absence ou traitement médicamenteux non suivis/contradictoires

Difficultés dans la gestion/médicaments

Refus d'aide et de soins (*opposition*)

Troubles psychiatriques diagnostiqués

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Problèmes dans les actes essentiels de la vie

Problèmes dans les activités domestiques

Activités personnelles et de loisirs impossibles

SECURITE ENVIRONNEMENTALE

Habitat inadapté (*risque gaz, inaccessibilité...*)

Insalubrité (*logement indécent, indigne*)

Isolement géographique

ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX

Epuisement et / ou incapacité de l'aidant

Absence ou faible mobilisation des aidants

Problématique familiale

Isolement familial (*absence ou fragilité du lien*)

Refus d'aide de l'entourage

Problématique sociale

ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

Difficultés dans la gestion courante

Perte ou difficulté d'accès aux droits

Précarité économique (*dettes...*)

Problématique juridique

FICHE ORIENTATION MAIA - BENEFICIAIRE :

PRISE EN CHARGE EXISTANTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour : | <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral..... |
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile : | <input type="checkbox"/> ESA Plateforme de répit : |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas : | <input type="checkbox"/> Garde itinérante de nuit..... |
| <input type="checkbox"/> SSIAD : | <input type="checkbox"/> Suivi psychologue..... |
| <input type="checkbox"/> Réseau de santé : | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire en EHPAD |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) libéral(e)..... | <input type="checkbox"/> Suivi assistante sociale ou CESF : |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute libéral(e) : | <input type="checkbox"/> Autres (ergothérapeute, psychomotricien
orthophoniste)..... |
| <input type="checkbox"/> Gériatre:..... | <input type="checkbox"/> Aidant Familial (présence et aide quotidienne) |
| <input type="checkbox"/> Neurologue : | <input type="checkbox"/> Lien parenté/Aidant Familial : |
| <input type="checkbox"/> CMRR : | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour / CMP..... |

PROBLEMATIQUES PRINCIPALES IDENTIFIEES PAR LE PROFESSIONNEL (1 à 2 maximum) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES INFORMATIONS UTILES (Localisation, environnement...)

.....

.....

.....

.....



MAIA

L'intégration des acteurs pour
l'autonomie des personnes âgées

CLIC

Centres Locaux d'Information et de Coordination

FICHE DE LIAISON – Collaboration des équipes Réseau/CLIC MAIA
Réseau de Santé Gérontologique AXE

DATE : 00/00/2018

Individu :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Localisation :

Origine de la demande

RG Axe **VERS** CLIC RG Axe **VERS** MAIA CLIC **VERS** RG Axe

Gestion/Cas **VERS** RG Axe Régulation CLIC/MAIA **VERS** RG Axe

MOTIF DE LA DEMANDE

Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise médicale (EGS)

Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise psychologique (Bilan psychologique)

Demande d'intervention/Professionnel (Ergothérapeute, Orthophoniste, IDE, Nutritionniste...)

Demande CLIC : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Demande Gestion de cas/File Active (Hors FAMO) : SUIVI Nouvelle/Problématique

Autre :

❖ **TOUTE 1^{ère} ACTION (Visite à Domicile, Evaluation, Concertation...) se réalisera CONJOINTEMENT**

❖ **CADRE LEGISLATIF**

*CASF - Article L311-3 (Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, **respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché** lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. **A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché**)