

## Formulaire d'analyse multidimensionnelle du guichet intégré

CONCERNANT <input type="checkbox"/> Mme/Mlle <input type="checkbox"/> M.
Nom, Prénom :
Né(e) le :
Téléphone :
Adresse :

FICHE RENSEIGNEE PAR
Nom, prénom :
Fonction :
Structure :
Téléphone(s) :
E-mail :

PERSONNE A CONTACTER <input type="checkbox"/> Mme/Mlle <input type="checkbox"/> M.
Nom, Prénom :
Lien de parenté :
Téléphone (s) :
Représentant légal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DEMANDE SOLLICITEE PAR <input type="checkbox"/> Contact direct <input type="checkbox"/> Tel/fax/mail
Nom, prénom :
Lien de parenté :
Téléphone(s) :
La personne concernée est-elle informée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Refus de prise en charge

PROFESSIONNEL(S) DEJA EN PLACE		
Nom prénoms	Fonction et structure <small>(ex : Aide à domicile, Infirmière, Assistante Sociale, référent APA, Kiné...)</small>	Coordonnées
<b>Mede</b>	Dend	<b>Dd</b>

<b>Si évoqué lors de la conversation :</b>		
Mesure de protection en place ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :
Demande de protection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

CRITERES D'ALERTE :				
<b>Santé</b> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Troubles moteurs <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Difficulté à boire <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus, manque de soins <input type="checkbox"/> Autre	<b>Autonomie fonctionnelle</b> <input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments ....) <input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Autre	<b>Aspect familiaux et sociaux</b> <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Rupture de la vie sociale <input type="checkbox"/> Refus, manque d'aide <input type="checkbox"/> Risque de négligence, de maltraitance <input type="checkbox"/> Projet d'EHPAD <input type="checkbox"/> Autre	<b>Aspect économique et administratif</b> <input type="checkbox"/> Absence de droits <input type="checkbox"/> Problèmes de revenus <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion : - administrative - du budget <input type="checkbox"/> Autre	<b>Environnement et sécurité</b> <input type="checkbox"/> Logement : <input type="checkbox"/> Inadapté <input type="checkbox"/> Vétuste <input type="checkbox"/> Insalubre <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Risque de danger domestique <input type="checkbox"/> Professionnels en difficulté <input type="checkbox"/> Autre

### ORIENTATION DEMANDEE à partir des alertes

<input type="checkbox"/> Consultation mémoire : <input type="checkbox"/> Unité Cognitivo Comportementale : <input type="checkbox"/> Court Séjour Gériatrique : <input type="checkbox"/> HAD : <input type="checkbox"/> Service hospitalier (Médecine, SSR...) : <input type="checkbox"/> Médecin généraliste : <input type="checkbox"/> Infirmière libérale : <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute : <input type="checkbox"/> Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Réseau de santé : <input type="checkbox"/> Consultation hospitalière spécialisée : <input type="checkbox"/> Accueil de jour : <input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico-psychologique) : <input type="checkbox"/> ESA :	<input type="checkbox"/> CLIC : <input type="checkbox"/> CCAS / CIAS <input type="checkbox"/> Mairies / Service social <input type="checkbox"/> SSIAD : <input type="checkbox"/> SAD : <input type="checkbox"/> Gestion de cas : <input type="checkbox"/> Caisses de retraite : <input type="checkbox"/> Centre Médico-Social <input type="checkbox"/> Equipe médico-sociale (APA) : <input type="checkbox"/> Service des Signalements : <input type="checkbox"/> MDPH : <input type="checkbox"/> Service Habitat : <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/> EHPAD : <input type="checkbox"/> - avec accueil Alzheimer : <input type="checkbox"/> - avec PASA : <input type="checkbox"/> - avec UHR : <input type="checkbox"/> USLD : <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire : <input type="checkbox"/> Famille d'accueil : <input type="checkbox"/> Foyer logement : <input type="checkbox"/> Association d'usagers : <input type="checkbox"/> Programme d'Aide aux aidants : <input type="checkbox"/> Plateforme d'accompagnement et de répit : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
---	--	---

### Problématique identifiée par le professionnel :

### ORIENTATION EFFECTUEE

Demande acceptée par le partenaire sollicité :  Oui  Non Structure :

.....

- Si non, réorientation vers :

.....

Orientation effectuée par défaut :  Oui  Non

- Si oui, préciser :  en l'absence du service sur le territoire  en raison des délais d'attente de places  
 en raison du refus de la structure sollicitée  dans l'attente de décision de la structure sollicitée

*Merci d'informer en retour le partenaire qui vous a orienté la demande de votre décision d'entrée dans votre structure.*

*En cas de refus, merci de lui indiquer quelle est la réorientation que vous effectuez vers une autre partenaire plus adapté à la demande.*

***Merci également d'envoyer cette fiche par fax ou mail au pilote local MAIA, pour qu'il travaille à l'amélioration des parcours de soins de vie, en étudiant notamment les orientations par défaut sur le territoire.***

### PARTIE COMPLETEE PAR L'EQUIPE MAIA :

Pré-inclusion en gestion de cas validée le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_ , préciser la référente MAIA principale :  
 Pré-inclusion non-validée, préciser :