

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 <i>(ex : Aide à domicile, Infirmière, Assistante Sociale, référent APA, Kiné...)</i>	Coordonnées
	Médecin traitant	

Si évoqué lors de la conversation :		
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'ALERTES :				
Santé <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	Autonomie fonctionnelle <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	Aspect familiaux et sociaux <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	Aspect économique et administratif <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	Environnement et sécurité <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

Demande exprimée par la personne et/ou par l'entourage :

<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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Structure : - Si non, réorientation vers : Orientation effectuée par défaut : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> en l'absence du service sur le territoire <input type="checkbox"/> en raison des délais d'attente de places <input type="checkbox"/> en raison du refus de la structure sollicitée <input type="checkbox"/> dans l'attente de décision de la structure sollicitée
<i>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.</i>
<i>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.</i>

PARTIE COMPLETEE PAR L'EQUIPE MAIA :
<input type="checkbox"/> Pré-inclusion en gestion de cas validée le : ____ / ____ / 20 , préciser la référente MAIA principale : <input type="checkbox"/> Pré-inclusion non-validée, préciser :