

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

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

Problématique identifiée par le professionnel :

POINTS DE VIGILANCE

santé physique ou psychique (Troubles cognitifs, sensoriels, du langage, de la motricité, du comportement, pathologies multiples...)

Précisez :

aspects nutritionnels (perte de poids, troubles alimentaires, incapacité de se nourrir ou de se préparer des repas...)

Précisez :

autonomie fonctionnelle (Incapacités à effectuer les actes essentiels de la vie et/ou les actes de la vie quotidienne, non observance médicamenteuse, limitation de la mobilité, risques de chutes...)

Précisez :

sécurité individuelle et environnementale (Cadre de vie précaire, habitat inadapté ou déficient, isolement géographique et/ou matériel, absence de médecin traitant...)

Précisez :

aspects familiaux et sociaux (Absence ou indisponibilité des aidants, épuisement des aidants, aidants vulnérables, refus d'aide et de soins, isolement social, maltraitance...)

Précisez :

aspects économiques, administratifs et/ou financiers (déséquilibre budgétaire, précarité financière, perte ou difficulté d'accès aux droits...)

Précisez :

ORIENTATION PROPOSEE

CLIC :

CCAS :

MDS :

MDPH :

Equipe médico-sociale APA (Conseil Général).....

SAAD :

Plateforme d'accompagnement et de répit :

Association d'utilisateur

ESA :

Accueil de jour :

Hébergement temporaire :

EHPAD :

- avec PASA :

- avec UHR :

Famille d'accueil :

Réseau de santé :

SSIAD :

Consultation mémoire :

Professionnels de santé libéraux :

Gestion de cas :

Autre (préciser) :

ORIENTATION EFFECTUEE

Merci d'informer en retour le partenaire qui vous a orienté la demande (que la demande soit acceptée ou réorientée).

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 également d'envoyer une copie de cette fiche au pilote local MAIA, pour qu'il travaille à l'amélioration des parcours des personnes âgées, en étudiant notamment les orientations par défaut sur le territoire.