

OUTIL D'ORIENTATION MAIA

Date de la Demande :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : Adresse : Code postal / Ville : Tel : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf	DEMANDEUR Nom : Qualification : Structure : Tel : Mail : OBJET DE LA DEMANDE
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Protection juridique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom :	Tél :
-----------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

Personne à contacter / référent :	Lien de parenté :	Tel :
-----------------------------------	-------------------	-------

Médecin traitant :	Tel :
--------------------	-------

Patient informé ¹ : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non et favorable : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Aidant informé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non et favorable : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médecin T. informé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non et favorable : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SITUATION FAMILIALE ET/OU RELATIONNELLE Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Autre :	Aidant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Dépassé / épuisé <input type="checkbox"/> Eloigné
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES

INTERVENANTS PROFESSIONNELS PRESENTS AU DOMICILE AU MOMENT DE LA DEMANDE <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> KINE <input type="checkbox"/> AUTRES : <input type="checkbox"/> Service d'Aide à Domicile :

¹ Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 Août 2004, l'utilisateur peut accéder et, le cas échéant, modifier, rectifier ou supprimer des données personnelles le concernant en s'adressant au Correspondant Informatique et Libertés (C.I.L.), Conseil Général des Ardennes - Hôtel du Département, CS 20001, 08011 CHARLEVILLE MEZIERES. L'utilisateur peut également s'opposer au traitement des données personnelles le concernant pour des motifs légitimes.

Nom : _____ Prénom : _____

SIGNAUX D'ALERTE

1. Santé physique et psychique

- Polyopathologies instables
- Problème de mémoire
Diagnostiqué : Oui Non
- Problème de comportement
- Chutes avec ou sans séquelle physique
- Nutrition (insuffisance / par excès, inadapté)
- Difficulté d'accès aux soins, rupture de parcours
- Addiction chronique retentissant sur le quotidien
- hospitalisation (s) non programmées (s) dans les derniers mois
- Autres :

2. Autonomie fonctionnelle

- Difficultés à effectuer les actes essentiels de la vie (se vêtir, se nourrir, se laver, se transférer...)
- Difficultés à gérer les tâches de la vie domestique (entretien, courses,...)
- Difficultés de mobilité
- Autres :

3. Inexistence/insuf./inadaptation des aides professionnelles

- Instabilité de la situation globale nécessitant réajustements constants
- Echech partiel ou total de la mise en place de l'aide nécessaire
- Refus des aides
- Autres :

4. Aspects familiaux et sociaux

- Personne isolée
- Indice ou suspicion de négligence / malveillance/ maltraitance
- Refus de l'aidant/ aidant dépassé
- Difficultés à participer à la vie sociale
- Autres :

5. Aspects économiques et administratifs

- Incapacité à gérer seul son budget/ papiers
- Droits sociaux non ouverts (retraite, logement, santé) avec incapacité de la pers. (ou entourage) à les effectuer
- APA en cours : en place, GIR ...
- Protection juridique en cours
Laquelle :
- Autres :

6. Sécurité individuelle et environnementale

- Incapacité à donner l'alerte (téléphone, téléalarme...)
- Logement non entretenu / détérioré / insalubre / inadapté
- Autres :

Cadre réservé à la synthèse MAIA (1 seule orientation prioritaire ❶ + éventuellement 1 seule orientation alternative ❷)

PROJET D'ORIENTATION

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluation multi dimensionnelle Gestion de cas : | <input type="checkbox"/> Consultation mémoire |
| <input type="checkbox"/> Coordination en gérontologie | <input type="checkbox"/> Equipe Spécialisée Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Equipe APA | <input type="checkbox"/> Hospitalisation à Domicile |
| <input type="checkbox"/> Service social (CG, Hôpital,...) | <input type="checkbox"/> Equipe Mobile de soins palliatifs Charleville / Reims |
| <input type="checkbox"/> Caisse de retraite | <input type="checkbox"/> Unité Cognitivo-comportementale de Reims |
| <input type="checkbox"/> CCAS ou mairie | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier / Géronto-psychiatrie, CMP |
| <input type="checkbox"/> MDPH | <input type="checkbox"/> Hébergement (EHPAD, accueil familial, foyer logement...) |
| <input type="checkbox"/> Service à la personne | <input type="checkbox"/> Accueil temporaire |
| <input type="checkbox"/> Service de Soins Infirmiers A Domicile | <input type="checkbox"/> Accueil de jour |
| <input type="checkbox"/> Réseau de santé Arduinn'age | <input type="checkbox"/> Autres : |

Cadre réservé à l'équipe MAIA

RETOUR DE LA DECISION A LA PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Professionnel contacté le : _____ Par : Tel fax courrier e mail

Cadre réservé au demandeur (après proposition d'orientation réalisée par la MAIA) : **orientation effectuée à retourner au pilote MAIA**

ORIENTATION EFFECTUEE

ORIENTATION PRIORITAIRE ❶ :

- Demande acceptée : Oui Non
- Si non: En l'absence de service sur le territoire
 En raison du refus de la structure sollicitée

- Le : _____
- En raison du délai d'attente de places
 Dans l'attente d'une décision de la structure sollicitée

ORIENTATION ALTERNATIVE ❷ :

- Demande acceptée : Oui Non
- Si non: En l'absence de service sur le territoire
 En raison du refus de la structure sollicitée

- Le : _____
- En raison du délai d'attente de places
 Dans l'attente d'une décision de la structure sollicitée