

Date de la demande :	
Qui fait la demande ? <input type="checkbox"/> Personne elle-même <input type="checkbox"/> Autre (Si autre, renseignez coordonnées de la personne et le lien)	
<input type="checkbox"/> La personne ou son représentant légal a donné son consentement à la transmission de la fiche et au partage d'informations entre les partenaires du Guichet Intégré. <input type="checkbox"/> La personne est informée de la transmission de la fiche et du partage d'informations entre les partenaires. <input type="checkbox"/> La personne n'a pas pu donner son consentement	
Coordonnées de la personne	
Nom / Prénom	Date de naissance :
Adresse :	
Téléphone :	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> seul/e <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> en famille	
Personne ressource <input type="checkbox"/> :	Représentant légal <input type="checkbox"/> :
Si représentant légal, type de protection juridique :	
Médecin traitant :	
La personne est-elle à domicile, si non précisez :	
Problématique(s) et besoin(s) de la personne	
Quelle(s) est/sont la/les problématique(s) rencontrée(s) justifiant la demande ?	
Besoins exprimés/repérés (cochez les catégories correspondantes à la problématique évoquée): <input type="checkbox"/> 1 Santé <input type="checkbox"/> 2 Aspects sociaux et familiaux <input type="checkbox"/> 3 Autonomie Fonctionnelle (Les AVQ/AIVQ sont définies au verso) <input type="checkbox"/> 4 Aspects économiques et administratifs <input type="checkbox"/> 5 Environnement et sécurité : <i>Pour mieux cibler la demande, vous pouvez renseigner le verso du document</i>	
Informations complémentaires	
Aide(s) financière(s) : <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation <input type="checkbox"/> Caisse de retraite <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Inconnu	
La personne a-t-elle des interventions à domicile ? Lesquelles ? <i>Si oui, renseignez la fréquence d'intervention (Pour mieux cibler la demande, vous pouvez également renseigner le verso du document):</i>	

Orientation(s)		
A remplir par l'émetteur de la feuille		A remplir par le récepteur
Etape n°1 : Qui fait l'orientation ?	Etape n°2 : Destinataire(s) de l'orientation Délai de réponse souhaité?	Etape n°3 : Retour d'informations au partenaire et copie au pilote MAIA* :
Structure/Service :	Structure(s)/Service(s) :	<input type="checkbox"/> Demande acceptée par le partenaire le :
Nom-Prénom – Fonction :	<u>Objectifs attendus</u> :	<input type="checkbox"/> Orientation invalidée – motifs : Date :
Coordonnées :	S'agit-il d'une orientation par défaut (absence du service souhaité, ex manque de places)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Réorientation faite vers: La réorientation a-t-elle été acceptée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :
		Retour d'information à l'émetteur le :

Informations complémentaires facultatives

Besoins repérés

Santé (physique et mentale)

- 1**
- Mauvais état de santé ressenti par la personne (plainte exprimée)
 - Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)
 - Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, tristesse...)
 - Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir ...)
 - Symptôme physique (troubles sensoriels, essoufflement même au repos, perte d'équilibre, chute, plaies, baisse de la mobilité...)
 - Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant)

Autonomie fonctionnelle

- 3**
- Problèmes dans les actes essentiels de la vie, AVIQ : se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes, etc...
 - Problèmes dans les activités de la vie domestique, AVQ : courses, ménage, préparation des repas, gestion des médicaments, du linge, utilisation des moyens de transport
 - Problèmes dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire celles qu'elle aimait faire)

Aspects familiaux et sociaux

- 2**
- Isolement problématique (absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin)
 - Perte ou épuisement de l'aidant
 - Situation de vulnérabilité
 - Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, ...)
 - Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)

Aspects économiques et/ou administratifs

- 4**
- Difficulté dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, carte de retrait invalidée...)
 - Perte ou difficulté d'accès aux droits
 - Précarité économique

Environnement et sécurité

- 5**
- Accessibilité du logement
 - Habitat inadapté (mobilier inadapté et/ou détérioré avec risque de chute et/ou d'accident domestique)
 - Insalubrité/vétusté

Intervenants professionnels déjà présents :

- SSIAD Plateforme Territorial d'Appui « Symbiose » Référente Autonomie HAD IDE Kiné CCAS ESA
 Plateforme des aidants Accueil de Jour Associations d'usagers (France Alzheimer, etc.) SAAD (mandataire ou prestataire) Emploi direct Equipe Mobile de Gériatrie Equipe Mobile de Soins Palliatifs Autre

Il y a un épuisement des professionnels ? Oui Non

Commentaires supplémentaires

* Copie du FAM à envoyer à l'adresse suivante: assistantemaia05@e-santepaca.fr