

DATE : ADRESSEUR/FONCTION :

ORGANISME : SERVICE :

TEL : FAX : MAIL :

MEDECIN TRAITANT : TEL : FAX :

ADRESSE :

La personne concernée ou son représentant légal Est informé(e) du partage d'information

Nom : Prénom (s) : H F

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Le référent Tuteur Aidant familial (lien :)

Organisme tutélaire :

Nom : Prénom (s) :

Adresse :

Téléphone : Désigné comme personne de confiance : Oui Non

La personne concernée/son représentant légal consent à l'orientation vers le dispositif MAIA : Oui Non

* Situation médico-sociale :

MMS : GIR : APA :

Troubles cognitifs et pathologies actives :

TRANSMETTRE LES COMPTE-RENDUS D'EVALUATION AU DISPOSITIF MAIA (GIR, MMS, APA)

La situation complexe est orientée en Gestion de cas si :

1 – Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de problème d'autonomie fonctionnelle, de problème relevant du champ médical et des problèmes d'autonomie décisionnelle

2 – Aides et soins insuffisants ou inadaptés

3 – Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins / Personne isolée ou dont l'entourage n'est pas en mesure de mettre en place et coordonner les aides et les soins

* Environnement familial et social :

La personne vit Seul(e) En couple Autre :

Nombre : total d'enfants : d'enfants aidants :

Aidant principal (nom et prénom) : Tél :

L'aidant est présent : Quotidiennement Ponctuellement Jamais

Problématique liée à l'aidant :

Projet de vie : Maintien à domicile Entrée en établissement (ex : EHPAD) :

Autres :

Conflits familiaux sur l'orientation : Oui Non

* Contacts connus (prestataires, libéraux ...) :

Nom	Prénom	Service/Fonction	Téléphone

* Synthèse des éléments repérés motivant l'orientation

Gestionnaires de cas