DATE DE LA DEMANDE :

MAIA
Normandie

FORMULAIRE D'ANALYSE ET D'ORIENTATION DES SITUATIONS

Code dossier :

CNIL

La personne âgée est-elle informée de la demande ? ○ oui ○ non ⊙ ne sait pas

La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ? ○ oui ○ non ⊙ ne sait pas

PERSONNE CONCERNÉE

NOM *(de naissance)* :

NOM *(d'épouse)* :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Sexe : Masculin

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Situation familiale :

Mode de vie :

Statut d'hébergement :

Localisation actuelle :

Protection juridique : ⊙ oui ○ non ○ Demande en cours ○ Ne sait pas

Si oui : type de mesure :

Nom de la personne nommée :

Téléphone de la personne nommée :

Si demande en cours : Personne ou professionnel à l'origine de la demande :

ÉMETTEUR DE LA DEMANDE

NOM :

Prénom :

Organisme :

Fonction :

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Mail :

PERSONNE RESSOURCE À CONTACTER

NOM :

Prénom :

Nature du lien :

Adresse :

CP et Commune :

Téléphone :

Mail :

Personne ressource informée de la demande :

○ oui ○ non ○ ne sait pas

Commentaires libres :

AIDES EXISTANTES

INTERVENANTS / SERVICES EN PLACE

- ☐ Médecin traitant : Nom :
- ☐ Équipe médico-sociale APA
- ☐ Service social
- ☐ HAD
- ☐ IDEL
- ☐ Portage de repas
- ☐ SSIAD
- ☐ ESA
- ☐ Équipe mobile
- ☐ CMP
- ☐ Téléassistance
- ☐ SAD/SAAD
- ☐ SPASAD
- ☐ Réseau de santé
- ☐ Accueil de jour
- ☐ Hébergement temporaire
- ☐ Appui à la coordination des soins
- ☐ Autre :

AIDES FINANCIÈRES

APA :

○ oui, GIR : ⊙ non ○ demande en cours

○ ne sait pas

PCH :

○ oui, précisez : ⊙ non ○ demande en cours

○ ne sait pas

Caisse de retraite :

○ oui, précisez : ⊙ non ○ demande en cours

○ ne sait pas

Autre(s) aide(s) financière(s), précisez :

OBJET DE LA DEMANDE

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à répondre aux besoins que requiert la demande MAIA.
Les destinataires des données sont les partenaires du dispositif MAIA concernés par la demande. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant directement au correspondant informatique et libertés.

MAIA
Normandie

ALERTES REPÉRÉES

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- ☐ Épuisement ou souffrance de l'aidant
- ☐ Notion d'isolement (absence ou fragilité du lien social avec la famille, l'entourage, le(s) voisin(s),...)
- ☐ Expression d'un sentiment de solitude
- ☐ Évolution de la vie sociale (rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche...)
- ☐ Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité
- ☐ Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (conflits familiaux ou conjugaux, déni ou incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples...)
- ☐ Sentiment d'épuisement des professionnels

Informations complémentaires :

ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- ☐ Droits communs non ouverts (sécurité sociale, mutuelle, retraite...)
- ☐ Difficultés dans la gestion administrative (ne trie plus les papiers, relances, impayés, dettes locatives...)
- ☐ Difficultés financières (précarité économique, crédits, dettes...)
- ☐ Comportement à risque (gestion financière, retraits...)

Informations complémentaires :

HABITAT / SÉCURITÉ

- ☐ Problème d'accessibilité au logement
- ☐ Logement encombré, dégradé, non entretenu
- ☐ Absence de moyens de communication
- ☐ Configuration inadaptée du logement
- ☐ Comportement(s) à risque (négligence dans l'utilisation du gaz, conduite automobile non sécurisée...)
- ☐ Isolement géographique
- ☐ Difficultés de cohabitation avec des animaux domestiques
- ☐ Difficultés de relations avec le voisinage

Informations complémentaires :

AUTONOMIE

- ☐ Difficultés dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se laver, se vêtir, aller aux toilettes...)
- ☐ Difficultés dans les actes de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, linge, budget, moyens de communication...)
- ☐ Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire ce qu'elle aimait, peur de sortir...)
- ☐ Refus d'aides et/ou de soins par la personne et/ou son entourage
- ☐ Refus/arrêt d'intervention de professionnels
- ☐ Difficulté de mobilité

Informations complémentaires :

SANTÉ

- ☐ Suivi médical absent ou irrégulier
- ☐ Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)
- ☐ Troubles du comportement (déambulation, agressivité, errance...)
- ☐ Troubles sensoriels (vue, ouïe, goût, odorat...)
- ☐ Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
- ☐ Troubles addictifs
- ☐ Symptôme(s) physique(s) (essoufflement, perte d'équilibre)
- ☐ Grabatisation récente (plaies, baisse de mobilité)
- ☐ Souffrance récente exprimée (physique ou psychique)
- ☐ Chutes fréquentes (plus de 2 dans les 6 derniers mois)
- ☐ Hospitalisations répétées (plus de 2 dans les 6 derniers mois)
  Motif :
  Lieu d'hospitalisation, si connu :
- ☐ Difficultés dans la gestion des médicaments
- ☐ Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier

Informations complémentaires :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

BESOINS EXPRIMÉS PAR LA PERSONNE

BESOINS EXPRIMÉS PAR SON ENTOURAGE

ATTENTES ET OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Conception : Imprimerie Départementale du Calvados - OCT. 2017 - Réf. F0Ind092S1

RESET

ENVOYER