

Fiche d'orientation

Date de la demande :

Date de réception :

Information de la personne		Identité du professionnel demandeur :		Aide sollicitée par :	
Nom : Prénom : Date de naissance : Téléphone/Mail : Adresse :		Nom : Prénom : Fonction : Structure : Téléphone / Mail :		Nom/prénom : Lien (parenté, voisinage,...) : Coordonnées :	
Professionnels déjà en place					
Fonction et Structure <i>(IDE, A.Social, SAAD, Kiné...)</i>		NOM et Prénom		Fréquence d'intervention	
Ex : Médecin traitant					
Si évoqué lors de la conversation :					
Mesure de protection en place : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Demande de protection : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Recueil de données – éléments déclaratifs					
Santé		<input type="checkbox"/> Problème de mémoire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Plaies, pb de prise de médicaments <input type="checkbox"/> Difficulté à se nourrir ou à boire <input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées <input type="checkbox"/> Perte de la mobilité, équilibre (chutes) <input type="checkbox"/> Plaintes exprimées sur sa santé <input type="checkbox"/> Incohérence du discours <input type="checkbox"/> Désorientation dans l'espace et le temps <input type="checkbox"/> Essoufflement même au repos <input type="checkbox"/> Modification ou aggravation récente du comportement			
Autonomie fonctionnelle et décisionnelle		<input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas,...) <input type="checkbox"/> Déni de la maladie <input type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté dans la gestion du quotidien			
Familiaux et sociaux		<input type="checkbox"/> Aidant peu présent ou en difficulté <input type="checkbox"/> Personne isolée <input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels <input type="checkbox"/> Refus d'aide ou de soin <input type="checkbox"/> Problématique familiale compliquant le maintien à domicile <input type="checkbox"/> Risque ou suspicion de maltraitance			

Economique et administratif	<input type="checkbox"/> Absence / difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Désintérêts ou difficultés dans la gestion <input type="checkbox"/> Risque ou suspicion d'abus de faiblesse	
Environnement et sécurité	<input type="checkbox"/> Absence de moyens de communication <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste ou insalubre	

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

Problématique identifiée par le professionnel :

Orientation vers

<input type="checkbox"/> CLIC	<input type="checkbox"/> Portage de repas
<input type="checkbox"/> CCAS/CIAS	<input type="checkbox"/> EHPAD
<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> Avec UHR
<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Avec PASA
<input type="checkbox"/> SAAD	<input type="checkbox"/> Hébergement temporaire
<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil
<input type="checkbox"/> Accueil de jour	<input type="checkbox"/> Réseau de santé Arpège
<input type="checkbox"/> Gestion de cas MAIA	<input type="checkbox"/> ESA
<input type="checkbox"/> Halte Relais/ Plateforme de répit	<input type="checkbox"/> Consultation mémoire
<input type="checkbox"/> Association d'utilisateur	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour
<input type="checkbox"/> Centre médico - psychologique	<input type="checkbox"/> Etablissement de santé mentale
<input type="checkbox"/> PTA	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéral
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

La personne, ou son représentant légal ou à défaut la personne de confiance, est-elle informée de son orientation vers un ou plusieurs partenaires en capacité de répondre à ses besoins sociaux, médicaux et paramédicaux : oui non

Consent-elle au partage d'information des différents partenaires : oui non

Retour sur l'orientation effectuée (à remplir par la suite par le partenaire qui a reçu la demande et à retourner au demandeur)

Demande acceptée et prise en charge par le partenaire : oui non

Structure :

Si non, réorientation vers :

Préciser les raisons (délais d'attente, refus,...) :

Merci d'informer le partenaire qui a orienté la demande des suites données et d'envoyer une copie de la fiche par mail à la MAIA pour que celle-ci puisse élaborer une analyse des besoins manquants sur le territoire : maia32@maia32.fr – 05.81.67.12.24.