



Maison
- LOIRE -
Autonomie

Fiche d'orientation GESTION DE CAS – Maison Loire Autonomie



MAIA GIER ONDAINE
TÉL : 04.77.10.19.83
FAX :
E-MAIL : laurie.gratton@mla.loire.fr

N° DE DOSSIER :

A le

IDENTIFICATION DU SIGNALANT

PROFESSIONNELS

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> HÔPITAL | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> MLA | <input type="checkbox"/> SERVICE DES TUTELLES |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIERS LIBÉRAUX | <input type="checkbox"/> ESAD | <input type="checkbox"/> CCAS | <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE JOUR |
| <input type="checkbox"/> MÉDECIN | <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> FRANCE ALZHEIMER LOIRE | <input type="checkbox"/> PLATEFORME DE REPIT |
| <input type="checkbox"/> RÉSEAU DE SANTÉ | <input type="checkbox"/> SAAD | <input type="checkbox"/> ESPASS | <input type="checkbox"/> AUTRES |

NOM : PRÉNOM :

FONCTION :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL : @

PERSONNE CONCERNEE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

NÉ(E) LE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

TÉLÉPHONE :

LIEU DE VIE :

Situation familiale : marié(e) seul(e)
 veuf/veuve divorcé (e)

ACCORD APA : OUI NON **GIR : / /**

ACCORD PCH : OUI NON

MISE EN PLACE PLAN D'AIDE : OUI NON

COORDONNEES AIDANT 1 :

LIEN :
ADRESSE :

TELEPHONE :

COORDONNEES AIDANT 2 :

LIEN :
ADRESSE :

TELEPHONE :

MEDECIN TRAITANT (coordonnées) :

S.S.I.A.D ou Infirmiers Libéraux (coordonnées) :

Service d'Aide à Domicile (coordonnées) :

AUTRES :

CRITERES ORIENTATION EN GESTION DE CAS

EN L'ABSENCE DE SITUATION MÉDICALE AIGÛE OU DE CRISE, LA GESTION DE CAS S'ADRESSE À UNE PERSONNE DE 60 ANS ET PLUS QUI SOUHAITE RESTER À DOMICILE

Une personne peut bénéficier d'un gestionnaire de cas **si les 3 critères suivants sont présents** :

- 1-** Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :
 - > problème d'autonomie fonctionnelle (Actes de la Vie Quotidienne et/ou Actes Instrumentaux de la Vie Quotidienne)
 - > **et** problème relevant du champ médical
 - > **et** problème d'autonomie décisionnelle
- 2-** Aides et soins insuffisants ou inadaptés
- 3-** Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas.

NB : Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

ANALYSE DE LA SITUATION

RAISONS MOTIVANT LA DEMANDE

SANTÉ :	
Problème de mémoire : oubli fréquent, oubli des faits récents	
Désorientation : se perd dans le temps et/ou dans l'espace	
Modification du comportement : repli, déambulation, tristesse	
Chute à répétitions	
Amaigrissement, difficultés à se nourrir	
AUTONOMIE FONCTIONNELLE :	
Problèmes dans les actes essentiels de la vie : toilette, lever, habillage, alimentation	
Problèmes dans les activités domestiques : faire ses courses, son ménage, préparer les repas, budget	

ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX :	
Refus d'aide et de soin	
Perte ou épuisement des aidants	
Problématique familiale complexe	
Risque ou suspicion de maltraitance	
Isolement social	
ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS :	
Difficulté dans la gestion courante	
Perte ou difficulté d'accès aux droits	
Précarité économique	
SÉCURITÉ ENVIRONNEMENTALE :	
Habitat inadapté : escalier, difficulté à entrer dans l'immeuble, vétusté, risque d'accident domestique, isolement géographique...	

Le dispositif MAIA a-t-il été présenté à la personne et/ou à son référent ?

- La personne OUI NON
- Son référent OUI NON

PARTIE RÉSERVÉE À LA GESTION DE CAS

INCLUSION MAIA : OUI NON

Date d'inclusion : / /

Nom du Gestionnaire de Cas :

Orientation vers :