

MAIA 31 Nord
05.61.15.75.57

MAIA 31 Lauragais
05.61.23.36.08

MAIA 31 Sud
05.67.52.81.42

MAIA 31 TOULOUSE
3 rue Doyen Lefebvre 31081 Toulouse
Tel : 05.61.76/62.86 ou 62.69 ou 62.79
Mail : maia31toulouse@mutualite-mhg.fr
FAX : 05.61.76.62 72

FICHE D'ORIENTATION
MAIA
L'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées

FICHE RENSEIGNEE PAR :

Structure : _____ Téléphone : _____
Fonction : _____ Date : _____

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE CONCERNEE :

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ Age : _____
Sexe : Femme Homme Nombre d'enfants : _____ Sur le département ? OUI NON
Adresse : _____
Téléphone : _____
Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf/Veuve Autre
 Vit seule En couple Avec un tiers
Personne à contacter en cas d'urgence : _____

OBSERVATIONS SUR LES AIDANTS NATURELS :
 Conjoint aidant et valide Conjoint présent mais peu aidant (incapacité ou épuisement)
 Autre **précisez** _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE (non professionnelle) QUI FAIT LA DEMANDE (si différente de la personne concernée) :

Nom : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Tél : _____
Lien avec la personne : Conjoint Enfant Famille Amis Voisin AUTRE

CONTEXTE DE LA DEMANDE

PROFESSIONNEL(S) INTERVENANT(S) déjà auprès de la personne (précisez si protection juridique)

| Fonction | Nom | Téléphone | Depuis quand ? Fréquence ? |
|------------------|-----|-----------|----------------------------|
| Médecin traitant | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ALERTES : A IDENTIFIER

1. SANTE

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mauvais état de santé ressenti <input type="checkbox"/> Troubles de mémoire <input type="checkbox"/> Problèmes d'orientation temps/espace <input type="checkbox"/> Troubles du comportement (déambulation, agressivité, tristesse...) | <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels (modification du poids, perte d'appétit...) <input type="checkbox"/> Troubles physiques (perte d'équilibre, chutes, essoufflement...) | <input type="checkbox"/> Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant...) <input type="checkbox"/> Pas de suivi infirmier <input type="checkbox"/> Hospitalisations multiples |
|---|--|--|

2. AUTONOMIE FONCTIONNELLE (cocher si la personne ne fait pas seule)

| Actes essentiels de la vie | | Activités de la vie domestique | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se nourrir <input type="checkbox"/> S'habiller <input type="checkbox"/> Se laver <input type="checkbox"/> Elimination | <input type="checkbox"/> Se déplacer à l'intérieur <input type="checkbox"/> Se déplacer à l'extérieur <input type="checkbox"/> Assurer ses transferts | <input type="checkbox"/> Faire ses courses <input type="checkbox"/> Faire le ménage <input type="checkbox"/> Assurer les repas <input type="checkbox"/> Gérer son budget | <input type="checkbox"/> Entretien le linge <input type="checkbox"/> Prendre les transports <input type="checkbox"/> Gérer les médicaments <input type="checkbox"/> Alerter |

3. ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Isolement problématique <input type="checkbox"/> Nécessite la présence d'un traducteur | <input type="checkbox"/> Problématique familiale compromettant le maintien au domicile | <input type="checkbox"/> Refus d'aides ou de soins <input type="checkbox"/> Autre |
| 4. ASPECTS ECONOMIQUES ET/OU ADMINISTRATIFS | | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à la gestion courante <input type="checkbox"/> Problèmes d'accès aux droits | <input type="checkbox"/> Problèmes financiers particuliers <input type="checkbox"/> Problèmes juridiques | <input type="checkbox"/> Précarité économique |
| 5. ENVIRONNEMENT ET SECURITE | | |
| <input type="checkbox"/> Accessibilité du logement difficile précisez : | <input type="checkbox"/> Habitat inadapté (tapis, gaz,...) <input type="checkbox"/> Salle de bain non fonctionnelle <input type="checkbox"/> Insalubrité/vétusté <input type="checkbox"/> Présence d'animaux | Besoin d'aménagement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : |
| VIGILANCE, CRAINTE, INQUIETUDE exprimée ou COMMENTAIRES particuliers | | |
| Précisez : | | |
| CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS (Accord verbal) | | |
| La personne a-t-elle donné son accord pour le partage d'informations la concernant entre les partenaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non précisez pourquoi ? | | |

GUICHET INTEGRE

AIDES PRECONISEES/conseillées, en fonction des alertes identifiées pour améliorer la prise en charge de la personne

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant pour une orientation vers : une consultation mémoire, hôpital de jour « fragilité », Equipe Spécialisée Alzheimer, réseau Reliance, Hospitalisation à Domicile, services de psychiatrie (HJ, équipe mobile...), Masseur-Kinésithérapeute, IDE libérale... | <input type="checkbox"/> Centre Communal Action Sociale <input type="checkbox"/> SSIAD (Service de Soins Infirmiers) <input type="checkbox"/> SAAD (Service d'aides à Domicile) précisez : <input type="checkbox"/> Plateforme de répit <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> MDPH (Maison du Handicap) <input type="checkbox"/> Service Portage de repas | <input type="checkbox"/> Associations d'usagers/bénévoles/ Accompagnement personnes âgées... Précisez : <input type="checkbox"/> Autre Précisez : <input type="checkbox"/> Gestion de cas (cocher les critères ci-dessous)* |
| <input type="checkbox"/> Maison des solidarités-(équipe APA ou Service social) | | |

***CRITERES A REMPLIR par le service demandeur pour une ORIENTATION EN GESTION DE CAS :**

| | |
|--|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> CRITERE 1 : Validé si situation instable compromettant le projet de maintien à domicile en raison de : <input type="checkbox"/> Problème d'autonomie fonctionnelle (Retentissement sur Activités de la vie quotidienne et/ou Activités instrumentales de la vie quotidienne) <input type="checkbox"/> Et Problème relevant du champ médical <input type="checkbox"/> Et Problème d'autonomie décisionnelle (altération du processus décisionnel avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins) |
| 2 | <input type="checkbox"/> CRITERE 2: Validé si Aides et soins insuffisants ou inadaptés |
| 3 | <input type="checkbox"/> CRITERE 3 : Validé si : <input type="checkbox"/> Pas de personne ressource (entourage proche et en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins) <input type="checkbox"/> Et pas d'aidant ou aidant limité dans son intervention |
| Si un des 3 CRITERES au moins n'est pas validé , la situation ne relève pas de la gestion de cas et devra être réorientée vers un autre service du Guichet Intégré Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas | |

Partie remplie par l'équipe MAIA après passage en commission

| | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inclusion en gestion de cas validée par la commission du : → VAD programmée le : | Nom de la Référente MAIA : |
| <input type="checkbox"/> Inclusion non validée, précisez le motif : → Réorientation vers : | |
| <input type="checkbox"/> Suivi en gestion de cas validé par la commission du : | |
| <input type="checkbox"/> Sortie de la gestion de cas validée par la commission du: Précisez le motif : → (Si besoin) Réorientation vers : | |