

FICHE D'ORIENTATION PARCOURS PERSONNES AGEES

Atteintes du COVID-19

*Toutes les données sont susceptibles de ne pas être renseignées.
Pour les personnes vivant sous le même toit, remplir une fiche par personne et le mentionner dans les informations complémentaires*

DATE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA RECEPTION : (à renseigner par la MAIA)

| CONCERNANT <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE |
|--|------------------------------------|
| Nom : Prénom : | Nom : |
| Nom de naissance : | Prénom : |
| Date et lieu de naissance : | Fonction/Qualité : |
| Téléphone/Mail : | Structure : |
| Adresse : | Téléphone/Mail : |
| Vit seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

.....
.....

INFORMATION/CONSETEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

| | | |
|--|---|--------------------------|
| Est-elle informée de l'orientation ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, pourquoi : |
| Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, pourquoi : |

ENTOURAGE / ANTICIPATION

| | | |
|---|-------------------|-----------------|
| Personne à contacter Lien avec la personne : | Nom : Prénom : | Tél : Mail : |
| Représentant légal <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Statut <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Professionnel | Nom : Prénom : | Tél : Mail : |
| Personne de confiance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Directives anticipées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Nom : Prénom : | Tél : Mail : |

ACCOMPAGNEMENT POUR L'AUTONOMIE

| | | | |
|--------------------|---|------------------------------|--|
| Services en place* | <input type="checkbox"/> Aides à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | | |
| APA | <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours | <input type="checkbox"/> Oui | GIR : Nb d'heures du plan d'aide : |
| PCH | <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours | <input type="checkbox"/> Oui | Nb d'heures du plan d'aide : |

LISTE DES PROFESSIONNELS EN PLACE*

| Fonction et Structure (IDE, A.Social, SAAD, Kiné...) | NOM et Prénom | Tél/ Mail | Fréquence d'intervention |
|---|---------------|-----------|--------------------------|
| Médecin traitant | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ASPECTS | Problématiques | Caractérisation des problématiques |
|---|---|---|
| Familiaux et sociaux | <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input type="checkbox"/> Risque d'abus <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance | |
| 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, médicaments ...) <input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Déni de la maladie <input type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté dans la gestion du quotidien | |
| Santé | <input type="checkbox"/> COVID-19 Suspicion <input type="checkbox"/> Test positif <input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Risque de déshydratation <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus/Renoncement de soins <input type="checkbox"/> Manque/ Défaut de soins <input type="checkbox"/> Douleurs | |
| Economique et administratif | <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative et/ou budgétaire | |
| Environnement et sécurité | <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste/insalubre <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Maintien à domicile compromis <input type="checkbox"/> Isolement géographique | |

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

ENVOYER CETTE FICHE PAR MAIL VERS LA GESTION DE CAS MAIA

Coordonnée de la MAIA de votre territoire, consultable sur le document « [Annuaire des MAIA](#) » :

<https://www.personnes-agees-occitanie.fr/covid-19-informations-pratiques>

SUITES DONNEES PAR LE RECEPTEUR DE LA FICHE (A RETOURNER AU DEMANDEUR).

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orientation acceptée | <input type="checkbox"/> Demande réorientée vers : | Date et nom du professionnel : |
|---|--|--|