

FICHE D'ORIENTATION POUR
LA GESTION DE SITUATIONS COMPLEXES

Date :

FICHE À ENVOYER PAR COURRIER (sous pli confidentiel) OU PAR MESSAGERIE SECURISEE

Maison départementale de l'autonomie
Dispositif MAIA
12 quai de Bootz
CS 21429
53014 LAVAL CEDEX

Messagerie sécurisée : florine.duclos@social.mssante.fr
E-mail : maia@lamayenne.fr
Tél : 02 43 67 75 84

Émetteur de la demande, partenaire de la MAIA :

Nom : _____ Organisme : _____
Prénom : _____ Adresse : _____
Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____
Demande ayant fait l'objet d'un échange avec d'autres professionnels : OUI NON
Si oui, le/lesquels ? _____

Personne concernée :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____
Conjoint (*Nom, prénom et âge /si connus*) : _____
Situation familiale : _____
Téléphone : _____
Médecin traitant : _____
Téléphone : _____
Mesure de protection mise en place : Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Ne sait pas

Consentement oral obligatoire de la personne concernée, et/ou de son représentant légal, et/ou de sa personne de confiance (*si celle-ci est désignée et connue ; dans le cas contraire, recueillir le consentement de la personne ressource*), à l'échange d'informations sur sa situation pour solliciter un accompagnement sur le long terme par un professionnel. A réception de cette fiche, le gestionnaire de situations contactera systématiquement le médecin traitant et éventuellement les professionnels qui interviennent.

Précisez l'identité de la/les personne(s) ayant donné son/leur consentement :
Nom(s), prénom(s), lien avec la personne : _____

Personne(s) ressource(s) à contacter : _____ Lien avec la personne : _____

Personne de confiance désignée : _____ Lien avec la personne : _____

Services ou dispositifs connus intervenants (*précisez le nom du service ou de l'intervenant*) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier libéral : | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire : |
| <input type="checkbox"/> SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) : | <input type="checkbox"/> Accueil de jour : |
| <input type="checkbox"/> ESA (Équipe spécialisée Alzheimer) : | <input type="checkbox"/> Téléalarme : |
| <input type="checkbox"/> HAD (Hospitalisation à domicile) : | <input type="checkbox"/> Portage de repas : |
| <input type="checkbox"/> Chargé d'accompagnement (Maison de l'autonomie) : | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : |
| <input type="checkbox"/> SAD (Service à domicile) : | <input type="checkbox"/> EAAR : |

Prestation(s) connue(s) :

- APA PCH Autre (*précisez*): _____

MODE D'EMPLOI

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de moins de 60 ans, présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée ou à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile.

La situation doit présenter les trois critères suivants : situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile, l'aide et les soins insuffisants ou inadaptés et l'absence d'entourage proche.

La situation d'instabilité nécessite ainsi un accompagnement à long terme, intensif et rapproché, par le gestionnaire de situations.

CRITÈRES OBLIGATOIRES COMPROMETTANT LE MAINTIEN À DOMICILE

(Les critères en gras doivent OBLIGATOIREMENT être cochés et justifiés pour une entrée en gestion de situations complexes. Merci d'insérer un commentaire pour préciser chaque critère)

Critère n° 1 : Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

Problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ et/ou AIVQ)

AVQ = Activités de la vie quotidienne soit se déplacer, s'habiller, se laver

AIVQ = Activités instrumentales de la vie quotidienne soit faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget

ET **Problème d'autonomie décisionnelle**

Altération du processus décisionnel, qu'elle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale), ayant pour effet 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 des souhaits, aspirations et des besoins

ET **Problème relevant du champ médical**

(Troubles cognitifs, troubles mnésiques, maladies dégénératives...)

COMMENTAIRES :

Critère n° 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés

Précisez :

Absence Insuffisance du suivi médical

Absence Insuffisance de professionnels Difficultés d'intervention Difficultés de coordination

Refus d'aide et/ou de soins : de la personne de son entourage

Hospitalisations répétitives

Autre (à préciser) :

COMMENTAIRES :

Critère n° 3 : Environnement familial ou social non adapté

Pas d'entourage en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins

Personne isolée ou dont l'entourage n'est pas en mesure de mettre en place et coordonner les aides et les soins

Perte Epuisement

indisponibilité

Opposition de l'aidant

Autre (à préciser) :

COMMENTAIRES :

CRITÈRES FACULTATIFS COMPROMETTANT LE MAINTIEN À DOMICILE

- Isolement géographique
- Habitat non adapté (accessibilité, vétusté, insalubrité)
- Précarité économique

COMMENTAIRES :

→ Nous vous remercions de nous transmettre ci-dessous davantage d'informations **notamment sur la situation familiale et sociale, la santé et les soins, la situation financière et administrative, l'habitat et le cadre de vie.**

→ Quelle serait selon vous la plus-value d'un suivi soutenu par un gestionnaire de situations complexes ?

DÉCISION (*Encadré réservé à l'équipe MAIA*)

Date de la commission :

Après évaluation de la situation, l'équipe MAIA :

- Confirme la prise en charge en gestion de situations
- Oriente le dossier vers un service adapté

Un courrier vous informant de la suite donnée à votre demande vous sera envoyé dans les meilleurs délais.