

Date de réception :

Date de décision :

 Primo-évaluation

Date :

 Gestion de cas Non-inclusion, proposition de réorientation vers :
_____**RECUEIL D'INFORMATIONS POUR LA GESTION DE CAS PREMIER REPERAGE**

à remplir le plus exhaustivement possible

Date :

PERSONNE AGEE

Nom :		Prénom :	
Nom de jeune fille :			
Date de naissance :		Age :	Lieu de naissance :
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse :		CP :	Ville :
Téléphone :		Portable :	
Caisse d'assuré :			
Régime général :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Y-a-t-il une Affection de Longue Durée (ALD) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hospitalisation dans les 6 derniers mois :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Langue usuelle :			
Situation :			
<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> En couple	<input type="checkbox"/> Cohabitation (avec qui)	
<input type="checkbox"/> Hébergement à titre gratuit	<input type="checkbox"/> Résidence autonomie	<input type="checkbox"/> Autre	
Bénéficiaire APA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		GIR :	
Bénéficiaire Prestation de compensation du handicap (PCH) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

AIDANT PRINCIPAL

NOM et Prénom	Adresse complète	☎	Lien avec la personne

FAMILLE ET ENTOURAGE

NOM et Prénom	Adresse complète	☎	Lien avec la personne	Aidant (oui/non)

(Préciser si la famille est en accord ou non avec le projet de vie et de soins, rupture familiale, situation de maltraitance...)

MOTIF DE L'ORIENTATION

La gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :

Critère 1 :

Situation instable qui compromet le maintien à domicile en raison de :

a. Autonomie fonctionnelle (AVQ* et/ou AIVQ**) +	b. ET Santé +	c. ET Autonomie sociale et décisionnelle +
<input type="checkbox"/> Perturbation des actes de la vie quotidienne (AVQ) : toilette, habillage, nutrition, continence, transfert, mobilité	<input type="checkbox"/> Altération des fonctions supérieures Bilan : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques <input type="checkbox"/> Addictions	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion administrative <input type="checkbox"/> Difficultés de gestion financière <input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance
<input type="checkbox"/> Perturbation des activités domestiques (AIVQ) : ménage, linge, courses, préparation repas	<input type="checkbox"/> Poly pathologie invalidante <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Refus de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Refus de suivi médical <input type="checkbox"/> Inobservance du traitement médical	<input type="checkbox"/> Abus de confiance, de faiblesse <input type="checkbox"/> Manque de ressources <input type="checkbox"/> Refus des aides à domicile <input type="checkbox"/> Habitat non décent <input type="checkbox"/> Refus d'entrée en établissement

*AVQ : activités de la vie quotidienne

**AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne

CRITERE 2 :

CRITERE 3 :

Aides et soins insuffisants ou inadaptés	Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins
<input type="checkbox"/> Inadaptation des aides <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Maltraitance <input type="checkbox"/> Limites du maintien à domicile <input type="checkbox"/> Insuffisance des aides	<input type="checkbox"/> Aidant non coopérant (non aidant) <input type="checkbox"/> Isolement « social » <input type="checkbox"/> Défaillance de l'aidant (polypathologie, addiction...) <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Conflits intrafamiliaux

MEDECIN TRAITANT

Nom	Prénom :
Adresse :	Ville :
Téléphone fixe :	Portable :
E-mail :	

PARTENAIRE ORIENTEUR

Nom :	Prénom :
Fonction :	Structure :
Adresse :	CP : Ville :
Téléphone fixe :	Portable :
Fax :	E-mail :

DATE DE DEBUT DE VOTRE INTERVENTION ET MOTIF

INTERVENANT(S) DE LA PRISE EN CHARGE

Soins infirmiers, paramédicaux, HAD, aide à domicile, suivi gériatrique (HDJ, consultation mémoire, Accueil de Jour...), services médico-sociaux...

Sous mesure de protection : Oui Non Type de mesure : ...

Nom du Mandataire	Adresse complète + Email	Téléphone

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Coordination : oui non par qui :

<input type="checkbox"/> PRAG	<input type="checkbox"/> Secrétaire autonomie	<input type="checkbox"/> UTAMS	<input type="checkbox"/> Autre
-------------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------

Exposé de la problématique

Propositions d'accompagnement

CONTACT POUR LA PREMIERE VISITE DU GESTIONNAIRE DE CAS

La personne concernée est informée de la démarche: oui non
Si non, pourquoi ? ...

Autre, préciser :

<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Fils/fille	<input type="checkbox"/> Autre parent	<input type="checkbox"/> Tuteur
<input type="checkbox"/> Colocataire	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Voisin	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Autre			

Nom :	Prénom :	
Adresse :	CP :	Ville :
Téléphone :	Disponibilités (horaires de bureau) :	

Le gestionnaire de cas peut effectuer la 1^{ère} visite seul oui non
Si non accompagné :

- du partenaire orienteur
- de la personne à contacter pour la 1^{ère} visite
- Autre, préciser l'identité
-



Les équipes MAIA sur le Département du Bas-Rhin

Contact MAIA Haguenau-Wissembourg

Délégation Territoire Nord
3 rue des Soeurs
67500 HAGUENAU

Téléphone : 03 69 33 24 45

maia.haguenauwissembourg@bas-rhin.fr

Contact MAIA Molsheim - Schirmeck

Maison du Conseil Départemental
Bâtiment Le Veyron
16B, rue Gaston Romazzotti - 67 120 MOLSHEIM
Téléphone : 03 68 33 81 80

maia.molsheimschirmeck@bas-rhin.fr

Contact MAIA Saverne

Maison de l'Autonomie
10 Rue de Gottenhouse
BP 40160 - 67704 SAVERNE
Téléphone : 03 69 33 20 57

maia.saverne@bas-rhin.fr

Contact MAIA Strasbourg - territoire eurométropolitain

Espace Vauban
3 rue Gustave Adolphe Hirn
67000 STRASBOURG

Téléphone : 03 69 33 21 82

maia.strasbourg-EMS@bas-rhin.fr

Contact MAIA Sélestat-Obernai

Maison du Conseil Départemental
Place du Marché aux choux - 67603 SELESTAT
Téléphone : 03 68 33 80 74

maia.selestatobernai@bas-rhin.fr