

Professionnel requérant :

Fonction :

Coordonnées (Tél. et mail) :

Personne concernée

Nom et Prénom :

Adresse :

Tél. : / / / / / / / / / /

Date de naissance : / / / / / / / / / /

Situation familiale : ☐ vit seul(e) ☐ vit en couple
☐ vit en famille

Localisation actuelle

☐ **A domicile**

☐ **Hospitalisée**

Date de retour à domicile / / / / / / / / / /
Si connue

☐ **Passage aux urgences**

Date / / / / / / / / / /

☐ **ALD 15** (affection longue durée, Alzheimer et autres démences)

Date / / / / / / / / / /

1^{er} Référent à domicile

Nom et Prénom :

Adresse :

Tél. : / / / / / / / / / /

Nature du lien avec la personne :

Médecin traitant (coordonnées)

Tél. : / / / / / / / / / /

SSIAD ou infirmiers libéraux (coordonnées)

Tél. : / / / / / / / / / /

Service d'aide à domicile (coordonnées)

Tél. : / / / / / / / / / /

3 critères obligatoires et cumulatifs *:

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

- a) problème d'autonomie fonctionnelle**
- b) **ET** problème relevant du champ médical (hors une situation médicale aiguë ou de crise)
- c) **ET** problème d'autonomie décisionnelle***

2- Aides et soins insuffisants ou inadaptés

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

* la gestion de cas peut être mobilisée pour une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, si sa situation présente les critères ci-dessus

** Autonomie fonctionnelle : les activités de la vie quotidienne et/ou les activités « instrumentales » de la vie quotidienne sont impactées : la personne a des difficultés pour se laver, s'habiller, se déplacer, faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget...

*** Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) 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.

Commentaires :

Vous pouvez joindre tout document explicatif (synthèse de la situation...)

↳ Information préalable de la personne et/ou son référent sur la demande de suivi en gestion de cas :

↳ **La personne** en date du /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

↳ **Son référent** en date du /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Si défaut d'information, préciser pourquoi :

Démarches sociales entreprises par le professionnel requérant :

☐ Demande de prestations (APA, heures mutuelles, caisses de retraites....)

☐ Oui ☐ Non ☐ en cours ☐ Nature de la prestation _____

☐ Prise de contact avec un service d'aide à domicile (SAD, SSIAD....)

☐ Dossier EHPAD ou d'hébergement temporaire

☐ Demande de protection juridique

Si la personne a un référent au pôle gériatologique, est-il averti de la saisine ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nom du TMS :

RESERVE AU DISPOSITIF MAIA

☐ APA GIR : /_/_/ ☐ Situation géronto ☐ PCH ☐ PMS

Avis du TMS ou ETH

Entrée en gestion de cas : ☐ oui ☐ non

Si oui, dossier attribué à

Si non, quelle orientation donnée (EMS*, UMG*....) :

* EMS : équipe médico-sociale – UMG : unité mobile de gériatrie

↳ **Motif(s) :**