

## Fiche de saisine du dispositif MAIA – Bassin annécien

A retourner à [aeo-polegeronto@hautesavoie.fr](mailto:aeo-polegeronto@hautesavoie.fr) T / 04 50 33 20 70

|                           |             |        |
|---------------------------|-------------|--------|
| Date de saisine :         | Téléphone : | Mail : |
| Professionnel requérant : | Organisme : |        |

| Coordonnées de la personne concernée   | Localisation actuelle - Situation familiale  |
|--|--|
| <b>NOM :</b><br><b>Prénom :</b><br><b>Date de naissance :</b> Age : <b>ans</b><br><b>Téléphone :</b><br><b>Adresse :</b> | <input type="checkbox"/> <b>A domicile</b> <input type="checkbox"/> <b>Hospitalisée</b><br><b>Date de retour à domicile :</b><br><input type="checkbox"/> <b>Passage aux urgences</b> <b>Date :</b><br><b>GIR :</b> (connu ou à défaut estimé)<br><input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Vit en couple <input type="checkbox"/> Vit en famille |

**Critères d'entrée en gestion de cas**

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, 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 trois critères suivants.

\* La gestion de cas peut être mobilisée pour une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

**Critère 1 : Situation instable qui compromet le maintien à domicile en raison de 3 critères cumulatifs**

| Problème d'autonomie fonctionnelle | ET problème relevant du champ médical (hors situation médicale aiguë ou de crise) | ET problème d'autonomie décisionnelle |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <b>Détaillez :</b>                 | <b>Détaillez :</b>  | <b>Détaillez :</b>                    |
|                                    |   |                                       |

**Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés**

Tentative de mise en place d'aides médico-sociales les plus courantes mais :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dénier de la pathologie de la personne                             | <input type="checkbox"/> Pas de professionnel mobilisable                 |
| <input type="checkbox"/> Résistance de la personne aux aides existantes                     | <input type="checkbox"/> Difficultés de coordination entre professionnels |
| <input type="checkbox"/> Réticence de la personne à l'introduction d'aides professionnelles | <input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels                    |

**Développez vos observations :**

**Critère 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**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence d'aidant ou aidant éloigné   | <input type="checkbox"/> Résistance de la personne aux aides de l'aidant    |
| <input type="checkbox"/> Aidant épuisé                        | <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté dans les relations familiales |
| <input type="checkbox"/> Dénier de la pathologie par l'aidant | <input type="checkbox"/> Résistance de l'aidant aux aides proposées         |

**Développez vos observations :**

| 1 <sup>er</sup> Référent à domicile : | 2 <sup>nd</sup> Référent à domicile |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Nom et Prénom :                       | Nom et Prénom :                     |
| Adresse :                             | Adresse :                           |
| Téléphone :                           | Téléphone :                         |
| Nature du lien avec la personne :     | Nature du lien avec la personne :   |
| Médecin traitant                      | SSIAD ou infirmiers libéraux        |
| Nom :                                 | Nom :                               |
| Adresse :                             | Adresse :                           |
| Téléphone :                           | Téléphone :                         |
| Service d'aide à domicile             | Autres                              |
| Nom :                                 | Nom :                               |
| Adresse :                             | Adresse :                           |
| Téléphone :                           | Téléphone :                         |

### Information préalable de la personne et/ou son référent sur la demande de suivi de gestion de cas

- La personne en date du  
 Son référent en date du

Si défaut d'information, précisez pourquoi :

### Démarches médico-sociales entreprises jusqu'à présent

- Demande de prestations (APA, heures mutuelles, caisses de retraite, etc.)  
 Oui    Non    En cours   Nature de la prestation :
- Prise de contact avec un service d'aide à domicile (SAD, SSIAD, etc.)  
 Dossier EHPAD ou hébergement temporaire  
 Demande de protection juridique

### Attentes par rapport à la gestion de cas (en lien avec le projet de vie de la personne)

### Réservé au dispositif MAIA

- 1<sup>ère</sup> saisine    APA   GIR    Situation géronto    PCH    PMS

Avis du TMS EMS ou ETH

**Entrée en gestion de cas :**  Oui    Non

Si Oui, dossier attribué à :

Si Non, Orientation donnée (équipe médico-sociale, Unité Mobile de Gériatrie, etc.) :

Motifs :