

Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation

OBLIGATOIRE

Personne (ou son représentant légal) est informée de la demande :

OUI NON NSP

La personne est informée du partage d'information : OUI NON NSP

Structure destinataire n°1 :

Structure destinataire n°2 :

Date de la demande :

DEMANDE FORMULÉE PAR

NOM / Prénom :

Tél. fixe / Tél. portable :

Fonction / Qualité / Profession :

E-mail / Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) :

Structure / Service :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Sexe FÉMININ Sexe MASCULIN Autre/NC

Prénom de naissance (1^{er}) :

Né(e) le : Âge :

Ville de naissance, si née en France (si née à l'étranger, pays de naissance) :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code :

Bât/Esc/Hall :

Étage :

Porte Appt. :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Adresse mail :

La personne se trouve actuellement :

À domicile En établissement :

Hospitalisée (nom/ville) :

Date de retour envisagée en sortie d'hospitalisation

Bénéficiaire dispose d'aides spécifiques (lève personne, aides humaines complémentaires, moyens adaptatifs, ...)

Bénéficiaire dispose d'outils de communication spécifique (LSF, brail, pictogramme, tablette...)

Mesure de protection

En cours

En place

Aucune

Tutelle Curatelle Sauvegarde Habilitation Familiale

Exercée par Entourage Professionnel

Nom Prénom / Structure / Lien si entourage :

PERSONNE RESSOURCE à l'origine de la demande OUI NON

NOM / Prénom :

Code postal :

Lien (famille, voisinage, tuteur, aidant...) :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Adresse mail :

PROFESSIONNELS INTERVENANTS

NSP	En place	Demande en cours	Nom / nom structure	Tél / E-mail / MSS	Rythme/Fréquence
Médecin traitant					
Médecin spécialiste (Psychiatre, MPR, Gériatre)					
IDE / SSIAD					
SAAD, auxiliaire de vie					
Travailleur social					
Services (SAMSAH, SAVS,...)					

N° de Sécurité Sociale				OUI	NON	EN COURS	NSP
Couverture santé	AME	CSS	Mutuelle	OUI	NON	EN COURS	NSP
N° dossier MDPH				OUI	NON	EN COURS	NSP

DROITS LIÉS AU MAINTIEN À DOMICILE

N° dossier	En cours de validité	Demande en cours	Ne sais pas	Aucun
APA				
Caisses de retraite (CNAV, ...)				
PCH				
Autre (MTP, ASL ...)				

DIFFICULTÉS PERCUES

Santé

Mauvais état de santé, fatigue, troubles du sommeil
douleurs, ...
Symptômes **physiques** (plaies, douleurs, ...)
Troubles **moteurs** (chutes et trouble de l'équilibre, paralysie, tétraplégie, ...)
Troubles **nutritionnels** (perte ou prise de poids, difficulté à s'alimenter, troubles de la glycémie)
Troubles **sensoriels** (la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat...)
Troubles **cognitifs** (mémoire, désorientation, langage...)
Troubles du **comportement** (déambulation, repli sur soi, agressivité, désinhibition, ...)
Troubles **psychiques** (anxiété, troubles de l'humeur, idées suicidaires, idées délirantes, ...)
Conduites addictives
Difficultés **d'observance dans la prise médicamenteuse**
Absence de suivi médical avec ou sans médecin traitant
Pathologies diagnostiquées (maladie rare, Troubles du Neuro-Développement ou neuro-évolutifs, poly-pathologie, ...)

Environnement matériel et habitat

Habitat inadapté (ergonomie du logement, étage, ...)
Incurie (encombré, dangereux, insalubre, présence de punaise de lit)
Difficultés d'accessibilité extérieure (absence d'ascenseur, ...)
Présence d'un animal de compagnie
Perte du logement / Risque d'expulsion

Accès et maintien à la scolarité & à l'emploi

Difficulté d'accès/maintien à un parcours scolaire
Difficulté d'accès/maintien à un parcours de l'emploi

Autonomie

Difficultés dans les **actes essentiels de la vie quotidienne** (toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacements, transferts d'un lit à une chaise par exemple)
Difficultés dans les **activités de la vie domestique** (ménage, linge, budget, courses, repas, transports, moyens de communication)
Difficultés dans la prise de décision
Difficultés ou **pertes d'accès aux loisirs** et/ou aux activités habituelles
Refus d'aides et de soins de la personne
Ne parle pas/plus le français, ne le comprend pas/plus, ne le lit pas/plus

Situation économique et administrative

Difficultés dans la **gestion administrative(s) et financière(s)**
Perte ou difficultés d'accès aux droits
Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Environnement humain

Isolement social
Aidant(s) épuisé(s), indisponible(s) ou démuni(s)
Dynamique familiale perturbée (conflits, cohabitation difficile, éloignement problématique)
Risque ou suspicion de maltraitance (physique, psychologique, négligence, ...)
Absence d'aides professionnelles et/ou soins insuffisants ou inadaptés
Refus d'aides et de soins (personne et/ou entourage)

Suspicion de maltraitance

Informations à retransmettre à la Mission parisienne de lutte contre les maltraitances des adultes vulnérables par les services évaluateurs

Date prévue de l'évaluation au domicile :

Service.s en charge de l'évaluation :

SOUHAITS DE LA PERSONNE exprimés par elle-même ou à défaut par son représentant légal

MOTIFS DE LA DEMANDE exprimée par le professionnel