⮚ **Entourage professionnel**

Aides en place et / ou historique des aides : A.J., H.T., ESA…)

Plan d’aide : *\* pour retour ligne : Maj+entrée*

⮚ **Intervenants professionnels médico-sociaux**

Mesure de protection : ☐ A envisager ☐ En cours ☐ En place depuis le

APA : ☐ oui depuis le ☐ non ☐ en cours



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Professionnels / services | Identité - Adresse | 🕾 Téléphone |
| Médecin traitant |  |  |
| Médecin spécialiste |  |  |
| Infirmier / SSIAD |  |  |
| Service d’aide à domicile |  |  |
| APA / CLIC |  |  |
| Mandataire judiciaire |  |  |
| Autre :  |  |  |

 **Date de réception de la fiche par la gestion de cas : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**Gestion de cas**

**Dispositif MAIA du Pays de Brest**

Appui Santé Nord Finistère

253 rue Jean Jaurès - 29200 BREST

Tel : 02.98.28.39.39 - Fax : 02.98.33.87.59 - accueil@maia-brest.com

**Demande d’entrée en gestion de cas**

**1 – PROFESSIONNEL (adressant la demande)**

NOM Prénom :

Service/Fonction :

Adresse Complète :

Tel : Portable :

@ :

**2 - ELEMENTS CONCERNANT L’ALERTE :**

**CRITERES D’ORIENTATION OBLIGATOIRES VERS LA GESTION DE CAS**

**☐ Personnes âgées de + 60 ans ou malades Alzheimer jeunes.**

**☐ La personne souffre d’une maladie neuro-dégénérative et/ou de troubles cognitifs avec ou sans diagnostic (pas de pathologies psychiatriques),**

**☐ Ces troubles ou pathologies ont des retentissements sur l’autonomie fonctionnelle de la personne dans les actes essentiels de la vie et/ou les activités domestiques,**

**☐ Le projet de vie défini est le maintien à son domicile de la personne.**

La personne et/ou la famille est informée de son orientation vers la gestion de cas – MAIA : ☐ oui ☐ non

La personne est-elle favorable à son orientation : ☐ oui ☐ non

Où se trouve la personne au moment de l’alerte ?

Si hospitalisation, sortie prévue le :

**3 - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE CONCERNEE**

☐ Madame ☐ Monsieur Date de naissance : Age :

NOM usuel : NOM de naissance :

Prénom(s) :

Adresse complète :

Tel :

Situation familiale : ☐ Marié (e) ou en couple ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé (e) ou séparé(e) ☐ Célibataire

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non, avec :

**4 - PERSONNES REFERENTES**

⮚ **Entourage familial**

Conjoint (e) : NOM Prénom :

Adresse complète (si différente de la personne concernée) : Tel : Portable :

Autre(s) personnes(s) à contacter si besoin :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom | Lien avec la personne | Adresse Complète | 🕾 Téléphone |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires :** *\* pour retour ligne : Maj+entrée* |

**GRILLE D’IDENTIFICATION DES ALERTES REPEREES.** (Merci de cocher les alertes identifiées)

|  |
| --- |
| 1. **ALERTES LIEES A LA SANTE (OBLIGATOIRE)**
 |
| Etat de santé | ☐ Pathologie(s) chronique, évolutive, dégénérative☐ Chutes ou hospitalisations régulières☐ Dégradation de l’état de santé, troubles alimentaires, perte ou prise de poids |
| Modification du comportement | ☐ Plaintes, mauvais état de santé ressenti☐ Repli sur soi, perte de motivation / d’estime de soi☐ Réactions inadaptées :  |
| Troubles cognitifs | ☐ Perte de repères dans le temps et / ou dans l’espace☐ Confusion, trouble du jugement et / ou du raisonnement☐ Troubles de la mémoire |
| 1. **ALERTES LIEES A LA PERTE D’AUTONOMIE (OBLIGATOIRE)**
 |
| Actes essentiels | Difficultés à subvenir à ses propres besoins☐ Alimentation ☐ Transfert (lever / coucher)☐ Hygiène corporelle ☐ Déplacement à l’intérieur☐ Habillage / déshabillage ☐ Déplacement à l’extérieur☐ Communication verbale / non verbale ☐ Elimination urinaire / fécale |
| Activités domestiques | ☐ Difficultés dans les activités domestiques : Entretien du logement, du linge, des courses, préparation des repas, réfection du lit… |
| Comportements à risque | ☐ Errance / déambulation☐ Addictions (tabac, alcool, médicaments…)☐ Risque persistant d’accident domestique (incendie, intoxication, inondation…) ou de la circulation (conduite de véhicule…) |
| 1. **ALERTES LIEES A LA SECURITE INDIVIDUELLE**
 |
| Aides au maintien à domicile | Difficultés à mettre en place ou maintenir des aides médico-sociales professionnelles au domicile (soins infirmiers, aide à domicile, portage de repas…) quelles qu’en soient les raisons (arrêt, refus…)Difficultés liées : ☐ A la personne elle-même ☐ A son entourage ☐ Aux professionnels |
| 1. **ALERTES LIEES A LA SITUATION SOCIO-ENVIRONNEMENTALE**
 |
| Social / familial | ☐ Isolement, rupture des liens sociaux☐ Défaillance des aidants (épuisement, conflit, décès de l’aidant…) familiaux ou professionnels☐ Epuisement familial☐ Epuisement professionnel |
| Economique / administratif | ☐ Difficulté dans la gestion administrative, financière, l’accès aux droits |
| Logement | ☐ Insalubrité, vétusté, encombrement☐ Inadaptation du mobilier / de l’équipement☐ Problème d’accessibilité (escalier, trottoir…) : ☐ intérieur ☐ extérieur☐ Animaux à domicile :  |
| Risque de maltraitance | ☐ Risque de maltraitance physique☐ Risque de maltraitance psychologique☐ Risque de maltraitance matérielle et financière |

**Tout complément peut être ajouté dans la partie «informations complémentaires» ci-contre.**