

La personne concernée ou son représentant a donné son consentement pour le partage et/ou l'échange d'informations entre professionnels sur sa situation :

oui non

La personne est-elle informée de cette demande d'orientation :

oui non

Nous vous rappelons que la personne doit être informée de votre démarche.

Professionnel prescripteur de la demande (et si différent celui qui remplit la demande)

Date de la demande d'intervention :

Professionnel qui complète le formulaire

Structure / Service :

Nom :

Prénom :

@ :

Tél :

Personne à l'origine de la demande d'intervention (si différent du professionnel qui complète le formulaire)

Nom :

Prénom :

Structure / Service / Téléphone :

Personne concernée

Nom :

Prénom :

Sexe :

Statut :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code Postal / Ville:

@ :

Tél :

Type d'habitat :

Statut d'occupation du logement :

Personnes ressources, référents de la personne (en dehors de la personne à l'origine de la demande)

Nom / Coordonnées / Téléphone	Lien avec la personne (famille, voisinage, tuteur...)

Médecin traitant (s'il n'est pas à l'origine de la demande)

Informé de la demande

Nom :

Prénom :

Adresse :

@ :

Tél :

Entourage professionnel connu (en dehors de la personne à l'origine de la demande) : remplissage obligatoire

Professionnels / Structures / Services intervenants	Nom du professionnel / Structure / Service / Téléphone	Intervention en place ?

Droits

APA : en place demande faite à envisager

GIR (préciser) :

PCH : en place en cours

Caisse de retraite – Laquelle :

Hospitalisation

En cours Lieu d'hospitalisation (nom de l'hôpital et service, @, tél) :

Motif(s) : Autre motif :

Sortie prévue : oui non Date : Lieu de sortie :

Hospitalisation Récurrente Motif(s) : Autre motif :

A - « Domaine de la santé » (physique et psychologique)

- Troubles cognitifs / Diagnostiqués : oui non
- Nom du médecin : _____ Date : _____
- Troubles du comportement : diagnostiqués : oui non
- Nom du médecin : _____ Date : _____
- Troubles psychiques / diagnostiqués : oui non
- Nom du médecin : _____ Date : _____
- Mauvais état de santé et/ou épuisement ressenti par la personne
- Symptômes physiques
- Conduites addictives
- Troubles intellectuels
- Troubles sensoriels
- Troubles nutritionnels
- Maladies chroniques ou évolutives

Précisions sur les items cochés

B- « Domaine de l'autonomie fonctionnelle » (vie quotidienne)

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie
- Problèmes dans les activités de la vie domestique
- Problèmes dans les activités sociales

C- « Domaine de l'autonomie décisionnelle

- Difficulté de protection pour gestion sécurité affective, matérielle, administrative
- Difficulté à élaborer son projet de vie/ ses souhaits

Précisions sur les items cochés

D-« Domaine de l'environnement familial et relationnel

- Épuisement de l'aidant
- Incapacité de l'aidant
- Résistance ou inadaptation de l'aidant
- Isolement problématique**
- Isolement social**
- Conflit avec l'entourage
- Difficultés de communication

Précisions sur les items cochés

E- « Domaine de l'habitat - Sécurité individuelle»

- Habitat inadapté
- Insalubrité/ Isolation / Vétusté/ Appartement encombré / Chauffage
- Problème d'accessibilité du logement

Précisions sur les items cochés

F-« Domaine des aspects administratifs et/ou financiers»

- Difficultés/incapacité dans la gestion courante**
- Perte ou difficulté d'accès aux droits
- Besoins d'aide financière
- Précarité économique
- Précarité logement

Précisions sur les items cochés

Aide et de soins

Tentative de mise en place d'aides et de soins de 1er recours mais freins :

Les aides et soins en place sont-ils suffisant en regard des besoins ? oui non - Si non, pourquoi :

- Absence de suivi médical régulier** (avec ou sans médecin traitant)
- Refus d'aide et de soins** (de la personne ou de son entourage)
- Difficulté d'acceptation des aides existantes
- Difficulté d'accessibilité des aides/soins
- Mise en difficulté des professionnels (épuisement, impuissance, conflits...)

Demande d'accueil en établissement médico-social effectuée : oui non - Si oui, lesquels :

Compléments d'information :

Demande exprimée :

Demande exprimée par la personne concernée :

Demande exprimée par le professionnel (choix multiples) :

Autre :

Demande d'intervention d'une équipe ressource:
Choisir la(les)équipe (s)d'évaluation et/ou de coordination et d'intégration que vous souhaitez solliciter

Mission principale	Structure	Public	Téléphone /e-mail
Dispositif d'accompagnement des usagers en capacité d'exprimer leurs demandes			
<input type="checkbox"/> Informe, soutien, accompagnement de l'utilisateur dans ses questions en santé, à sa demande, à long terme en l'aidant à prioriser ses actions	Référent Parcours Santé (AURÈS)	<i>Tout public, pour complexité ressentie sur demande de l'utilisateur en capacité d'être acteur de la démarche</i>	04 78 62 17 02 aupres-sante@cissara.org
Dispositif d'accompagnement/intégration pour personnes âgées et leurs aidants			
<input type="checkbox"/> Évaluation multidimensionnelle et accompagnement global, intensif, sur long terme favorisant l'intégration des différents professionnels, pour le projet de vie à domicile des personnes	Gestionnaire de Cas MAIA	<i>PA + 60 ans* en perte d'autonomie décisionnelle et fonctionnelle avec plan d'aide et de soins inadapté, n'ayant pas d'entourage personnel en capacité de l'accompagner *Et PA - 60 ans avec Maladie Alzheimer et apparentée</i>	04 26 73 06 78 maianordisere@isere.fr
Dispositif d'appui à la coordination pour situations complexes			
<input type="checkbox"/> Soutien aux professionnels pour les maintiens et retours à domicile pour favoriser la coordination des acteurs. Réponse rapide à court à moyen terme.	Plateforme de Santé (ex PSBJ) MRSI	<i>Tout public en situation complexe (complexité ressentie par les professionnels sanitaires et sociaux)</i>	04 82 92 52 50 psn@mrsi.fr
Coordination du plan d'aide APA ou PCH			
<input type="checkbox"/> Coordination ponctuelle autour du plan d'aide avec suivi plan d'aide APA ou PCH et lors d'une demande APA prioritaire((perte d'autonomie brutale, personne isolée)	Équipe Autonomie (APA / PCH)- Services Autonomie Département	PA/PH pour plan d'aide dans le cadre du financement par l'APA ou PCH	Cf. Référentiel intervention
Équipes d'évaluation clinique			
<input type="checkbox"/> Évaluation gériatrique en EHPAD ou à domicile avec préconisations médicales et paramédicales	Équipe Mobile de Gériatrie extra hospitalière (EMOGEX)	PA + 70 ans	04 69 15 76 57 chpo-emogex@gwnd.fr
<input type="checkbox"/> Évaluation psychiatrique et bilan neuropsychologique en EHPAD ou à domicile avec préconisations médicales et paramédicales	Équipe Mobile de Géro- Psychiatrie (EMGP)	PA + 70 ans	04 74 83 53 83 emgerontopsy@esm.fondation-boissel.fr
Accompagnement et répit de l'aidant			
<input type="checkbox"/> Information, orientation vers solutions de répit Soutien individuel de l'aidant	Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants Familiaux	Tout aidant de PA de + 60 ans	04 69 15 76 56 chpo-plateformederepit@gwnd.fr
Accompagnement social			
<input type="checkbox"/> Accompagnement sociale de la situation	Service Social Département & CCAS	Tout public	S'adresser à la Maison du Département ou à sa commune

Réponse de la(les)équipe (s)d'évaluation et/ou de coordination et d'intégration sollicité(s)

Date de la réponse

Structure / Service sollicitée (orientation initiale), préciser	Intervention	Motif du refus ou Intervention envisagée à compter du	Si transmis, à qui ?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Validée <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> En Veille <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Validée <input type="checkbox"/> Transmis <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> En Veille <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Demande d'étude de situation en commission d'analyse et d'orientation (réunion mensuelle selon planning transmis aux professionnels pouvant solliciter la commission)

A n'utiliser que par les professionnels invités à présenter une situation en commission

	Objectifs	Qui peut interpeller et présenter une situation en commission ?	Quelle organisation ?
<input type="checkbox"/>	Rassembler les professionnels du secteur médical et médico-social (équipe pluridisciplinaire ressources) afin d'essayer de trouver une solution adéquate au problème médical et social que rencontre une personne âgée soit lors de son passage dans un Centre hospitalier soit lors de sa prise en charge à domicile	<ul style="list-style-type: none">• Les équipes hospitalières du territoire de la filière gérontologique MAIA Nord Isère (CHPO, CHPV, SSR du GHND, CRF clinique St Vincent de Paul et Centre de Soins de Virieu): présentation par médecin du service accompagné du cadre de soins et assistante sociale si possible• Les équipes ressources de la filière gérontologique MAIA Nord Isère (liste ci-dessus) et des représentants de libéraux désignés	Invitation des personnes susceptibles d'interpeller la commission selon un planning mensuel Pour solliciter la CAO, envoyer le FAMO à chpo-assistantfilereni@ghnd.fr

Décision/Orientation de la CAO

Suivi des décisions/préconisations de la CAO