

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT EN GESTION DE CAS DISPOSITIF MAIA

### 1. PROFESSIONNEL REQUÉRANT

NOM

Prénom

Fonction

Structure

Adresse

Téléphone :

Portable :

Fax :

E-mail :

Formulaire de demande renseigné le :

### 2. PERSONNE CONCERNÉE

NOM

Prénom

Date de naissance

Âge

Sexe  féminin

masculin

Adresse

CP

Ville

Téléphone :

Portable :

**Situation matrimoniale :**  seul(e)\*

en couple

**Hébergement :**  à son domicile :

propriétaire

locataire

à titre gratuit, si oui, lien avec l'hébergeur :

autre (précisez) : CHRS, résidence autonomie, maison relais... :

Localisation actuelle :  lieu habituel de vie  
coordonnées de l'établissement :

hospitalisé(e),

Mesure de protection  oui  non  demande en cours

Si oui, nom du représentant légal et organisme tutélaire

Bénéficiaire APA  oui  non  demande en cours

Depuis le

GIR :

Bénéficiaire PCH  oui  non  demande en cours

Depuis le

### 3. MÉDECIN TRAITANT

NOM

Prénom

Téléphone :

E-mail :

Adresse

### 4. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF À LA PERSONNE

**La personne (ou son entourage) a-t-elle été avertie de votre démarche auprès de nous pour une entrée en gestion de cas ?**

la personne

oui

non

une/des personne(s) de son entourage

oui

non

Le(s)quelle(s) :

L'équipe MAIA est-elle autorisée par la personne ou son représentant à partager avec les professionnels toutes informations nécessaires à l'étude de cette demande  oui  non

### 5. MOTIF DE L'ORIENTATION

**Les personnes vivant à domicile, sur le territoire de la MAIA**

- Personnes âgées de plus de 60 ans,
- Ou personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, de tout âge,
- Et se trouvant en situation complexe :

**LES CRITÈRES DE LA COMPLEXITÉ, CUMULATIFS :**

- Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :
  - problème d'autonomie fonctionnelle,
  - **ET** problème relevant du champ médical,
  - **ET** problème d'autonomie décisionnelle.
- Aides et soins insuffisants ou inadaptés.
- Pas d'entourage proche en capacité de coordonner les aides dans la durée.

## 6. PROBLÉMATIQUES MULTIPLES REPÉRÉES

SANTÉ	AUTONOMIE SOCIALE
<input type="checkbox"/> altération des fonctions supérieures / troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> manque de ressources
Bilan <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> difficultés de gestion administrative
<input type="checkbox"/> polyopathologies invalidantes	<input type="checkbox"/> difficultés de gestion financière
<input type="checkbox"/> risques de chutes – troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/> suspicion d'abus de confiance, de faiblesse
<input type="checkbox"/> troubles du comportement	ENVIRONNEMENT
<input type="checkbox"/> refus de soins infirmiers	<input type="checkbox"/> refus des aides à domicile
<input type="checkbox"/> refus de suivi médical	<input type="checkbox"/> inadaptation des aides
<input type="checkbox"/> absence de suivi médical	<input type="checkbox"/> logement inadapté
<input type="checkbox"/> inobservance du traitement médical	<input type="checkbox"/> habitat non décent
AUTONOMIE FONCTIONNELLE	<input type="checkbox"/> isolement
<input type="checkbox"/> perturbation des actes de la vie quotidienne (AVQ) : toilette, habillage, nutrition, continence, transferts, mobilité (marche)	<input type="checkbox"/> défaillance de l'aidant (polypathologie, addiction...)
	<input type="checkbox"/> conflits intrafamiliaux
	<input type="checkbox"/> suspicion de maltraitance
<input type="checkbox"/> perturbation des activités domestiques ménage, linge, courses, préparation repas	<input type="checkbox"/> refus d'entrée en établissement
	<input type="checkbox"/> aidant non coopérant (non aidant)
	<input type="checkbox"/> épuisement de l'aidant

## 7. DESCRIPTIF DE LA SITUATION

**Historique** de la prise en charge, problématique(s) identifié(s), projet de vie de la personne...  
(vous pouvez, si vous le souhaitez, décrire la situation de la personne sur papier libre)

**Motivations** du requérant pour une entrée en gestion de cas :

**NB** : après réception de la demande, un gestionnaire de cas prendra contact avec le requérant afin d'échanger sur la situation de la personne.

**Recommandation importante** : si vous n'avez pas toutes les informations demandées, merci d'indiquer le cas échéant et pour chaque rubrique « information inconnue », afin que votre demande ne vous soit pas retournée comme étant incomplète.

## 8. FAMILLE ET ENTOURAGE / AIDANTS / PERSONNE DE CONFIANCE\*

NOM et Prénom	Adresse complète	Téléphone	Lien avec la personne	Aidant (oui/non)

## 9. INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) DE LA PRISE EN CHARGE

Soins infirmiers, paramédicaux, HAD, aide à domicile, suivi gériatrique (HDJ, consultation mémoire, accueil de jour...), services médico-sociaux...

Nom de la structure	Nom de l'intervenant	Adresse complète + e-mail	Téléphone

S'adresser à la MAIA couvrant la commune où réside la personnes âgée concernée :

Direction générale adjointe de la vie sociale

▪ Délégitation départementale personnes âgées personnes handicapées (MAIA de Chambéry)

Place François Mitterrand - CS 71806 - 73018 Chambéry cedex

Tél 04 79 60 28 40 - maia@savoie.fr

▪ Délégitation territoriale Tarentaise Vanoise (MAIA de Tarentaise)

Rue de la Chaudanne – CS 30022 – 73601 Moûtiers cedex

Tel 04 79 24 76 67 - maiaarentaise@savoie.fr

\* Article L. 1111-6 du Code de la santé publique : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. »

S'adresser à la MAIA couvrant la commune où réside la personnes âgée concernée :

Direction générale adjointe de la vie sociale

▪ Délégitation départementale personnes âgées personnes handicapées

Place François Mitterrand - CS 71806 - 73018 Chambéry cedex

Tél 04 79 60 29 19 - maia@savoie.fr

▪ Délégitation territoriale Tarentaise Vanoise

Rue de la Chaudanne – CS 30022 – 73601 Moûtiers cedex

Tel 04 79 24 76 67 - maiaarentaise@savoie.fr

