

DATE :

COMMUNE :

CONSENTEMENT

La personne concernée ou son représentant :

- est informé(e) de cette demande d'orientation (RAPPEL : la personne doit être informée de votre démarche) : OUI NON
- a donné son consentement à la prise en charge en appui au parcours coordonné : OUI NON
- a donné son consentement pour le traitement des données personnelles : OUI NON
- a donné son consentement pour l'échange d'informations entre professionnels sur la situation via les outils numériques : OUI NON

EMETTEUR DE LA DEMANDE

- Demande formulée par : Personne concernée Famille Entourage Professionnel
- Nom et Prénoms :
- Lien/fonction :
- Mail/Mss :
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : _____ Gsm1 : _____ Gsm2 : _____
- Mode de contact privilégié : Téléphone Mail, MSS

PERSONNE CONCERNEE

- Civilité : Masculin Féminin Non genré
- Nom d'usage : _____ • Nom de naissance : _____
- Prénoms :
- Date de naissance : _____ • Age : _____
- Adresse : _____ Commune : _____
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : _____ Gsm : _____ Mail : _____
- Consignes particulières pour la prise de contact :
- (indiquer par exemple si la personne est malentendante ou préciser des horaires d'appel ou de visite si la personne n'a pas de téléphone, etc...)
- Vit : Seul(e) En famille Avec un conjoint Avec entourage : lien :
- La personne est : Mariée/Pacsée Divorcée Veuve Célibataire
- Nombre d'enfants :

PERSONNE RESSOURCE ou AIDANT PRINCIPAL

- Nom et Prénoms :
- Nature du lien avec la personne :
- Adresse : _____ Commune : _____
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : _____ Gsm : _____

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Une mesure de protection juridique est en place : OUI NON En cours Ne sait pas
- Si oui, exercée par qui : Mandataire Familial
- Nom, Prénoms : _____ • Structure : _____
- Téléphone : _____ • Mail / Mss : _____

DROITS OUVERTS

- PCH RSA AAH ASPA GIR Préciser : APA Nombre d'heures :
- Autres :

MEDECIN TRAITANT

- La personne concernée a un médecin traitant : OUI NON Ne sait pas
- Le médecin traitant est informé de la demande : OUI NON Ne sait pas
- Nom et Prénom : _____ • Adresse : _____
- Téléphone : _____ • Mail / Mss : _____

AUTRES SERVICES OU PROFESSIONNELS (IDEL, Kiné, SSIAD, Médecins spécialistes, CMP, SAD...)

Type de service/ professionnel	Nom de la structure	Nom du professionnel	Commune	Téléphone	Mail/Mss

CONTEXTE DE LA DEMANDE

- Besoin(s) exprimés par la personne concernée
- Besoin(s) exprimés par l'entourage
- Besoin(s) exprimés par les professionnels

Merci de décrire le contexte de sollicitation ou de joindre un compte rendu permettant de cerner les problématiques et la demande :

ALERTE SANTE

- Polypathologie
- Difficultés comportementales impactant le parcours :
 - Troubles du comportement (agitation, agressivité...)
 - Compréhension /troubles cognitifs (mémoire, DTS...)
 - Adhésion
 - Illettrisme
- Suivi médical absent ou irrégulier
- Troubles somatiques (nutritionnels, sensoriels...)
- Troubles psychoaffectifs (anxiété, dépression...)
- Troubles psychiatriques (hallucinations , idées délirantes, apathie...)
- Addiction
- Altération de l'état général (grabatisation)
- Chutes fréquentes (+ de 2 dans les derniers mois)
- Hospitalisations répétées (+ de 2 dans les 6 derniers mois)
- Maladie chronique : Laquelle :
- Autres :

AUTONOMIE

- Difficultés dans les actes de la vie quotidienne (AVQ) (se laver, se vêtir...)
- Difficultés dans les AVQ Instrumentale (AIVQ) (ménage, courses...)
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs
- Refus d'aide ou de soins par la personne

ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Droits communs non ouverts (SS, mutuelle, retraite...)
- Difficultés dans la gestion administrative (ne trie plus ses papiers)
- Difficultés financières (précarité économique, crédits impayés, dettes...)
- Comportements à risques par rapport à la gestion financière

ENVIRONNEMENT HUMAIN

- Epuisement de l'aidant familial
- Refus d'aides et de soins par l'entourage
- Isolement socio familial
- Changement brutal de contexte de vie (rupture progressive ou brutale, décès d'un proche, déménagement...)
- Risques ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité.
- Problématiques familiales compromettant le maintien à domicile (conflits familiaux ou conjugaux, déni de la maladie, interlocuteurs multiples...)
- Absence d'aide ou d'interventions de professionnels
- Epuisement des professionnels

HABITAT / SECURITE

- Logement inadapté
- Problèmes d'accessibilité
- Insalubrité (vétusté, encombrement, présence de nuisibles)
- Comportements à risque (négligence dans l'utilisation du gaz, conduite automobile non sécurisée, mise en danger...)
- Risque d'expulsion / mesure d'expulsion en cours
- Absence de moyens de communication
- Isolement géographique
- Difficultés de relations avec le voisinage

FICHE NAVETTE (réservé au récepteur du FAMO)

Date de retour d'information au demandeur :

Nom de la personne ayant réalisé le retour d'information :

Réponse apportée à la sollicitation :

Information/orientation

Précisions :

Accompagnement

Nom du référent désigné :

Délais envisagés : Immédiat

tél :

Mail/Mss :

Différé :

Motif de l'attente :

Ce formulaire comporte des données à caractère personnel et doit être communiqué dans le respect du RGPD.

Envoyez-nous le formulaire :

- Soit via votre MSS à accueil-dac974@oi.mssante.fr

- Soit en appelant le 0 800 444 974. Un lien vers un accès sécurisé vous sera transmis pour déposer le document.