

*Lors de votre intervention vous avez observé des points de vigilances particuliers ou multiples auprès d'une personne de 60 ans et + vivant à domicile.  
Cette situation vous semble instable et nécessite un suivi particulier en Gestion de cas.  
Merci de compléter ce document et de le transmettre au service concerné, après information et consentement de la personne.*

## Références

SERVICE QUI ETABLIT LA FICHE :

DATE : / /

PERSONNE QUI ETABLIT LA FICHE (Nom et Fonction) :

LA PERSONNE EST INFORMEE DE L'ORIENTATION VERS UN OU DES PARTENAIRES  OUI  NON  
LA PERSONNE CONSENT A L'INFORMATION DU OU DES PARTENAIRES  OUI  NON

## Usager

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tel : / / / /

Médecin Traitant :

Situation maritale :

N° de Sécurité Sociale :

## Personne ressource

A contacter en priorité : .....

Adresse : .....

Tel : / / / /

Courriel :

## Renseignements administratifs

Caisse de retraite :

Mutuelle :

Mesure de protection en cours :  Oui  Non  Pas info

Mandataire :

## Aides et services connus :

- CLIC :
- SSIAD :
- MDPH :
- ESA :
- SAD :
- Service Social (CIAS, CAMS) :
- EMG :
- Autres :

- APA : **GIR :**
- ALD :
- Aide sociale :
- Caisse de retraite :
- Autres :

### Adresse postale :

MAIA Livradois-Forez  
16 Avenue Georges Clémenceau  
63600 AMBERT

Gestionnaires de cas sur le bassin  
de santé d'Ambert :

**Mme BERTHET**

**Mme TAILLANDIER**

**Mme FOURNET**

[accueil@maialivradoisforez.fr](mailto:accueil@maialivradoisforez.fr)

Référent MAIA :

**Florence SAUER**

Tél. : 06.07.44.97.95

[f.sauer-pilote@maialivradoisforez.fr](mailto:f.sauer-pilote@maialivradoisforez.fr)

# DEMANDE EXPRIMEE ET VIGILANCES REPEREES

## Santé : capacités intellectuelles, comportement, chutes, nutrition,...

- Troubles cognitifs** : mémoire, langage, savoir-faire, reconnaissance, jugement,...
- Modifications du comportement** : déambulation, repli sur soi, désinhibition, hallucinations, sentiment de persécution,...
- Polypathologie
- Risque de chute ou chutes à répétition,...
- Risque nutritionnel (précisez)
- Essoufflement même au repos
- Absence de médecin traitant ou de suivi médical

## Autonomie Fonctionnelle : alimentation, habillage, toilette, entretien du logement, mobilité, déplacement extérieur,...

- Retentissement sur les actes de la vie quotidienne** : se nourrir, se vêtir, se laver, assurer ses transferts, aller aux toilettes,...
- Retentissement sur les actes de la vie domestique** : faire les courses, le ménage, le budget, gestion des médicaments, du linge ou des transports,...

## Aspects familiaux et sociaux : isolement, refus de la personne, épuisement de l'aidant,...

- Contexte familial déstabilisant
- Isolement problématique
- Risque ou suspicion de maltraitance
- Refus d'aide et/ou de soins
- Epuisement/dépassement de l'aidant
- Décès de l'aidant

## Aspects économiques et administratifs : difficultés administratives, budgétaires,...

- Difficultés dans la gestion courante
- Précarité économique
- Perte ou difficultés d'accès aux droits

## Aspects sécurité et environnementale : accessibilité, vétusté, confort, proximité,...

- Habitat inadapté
- Insalubrité, vétusté
- Problème d'accessibilité
- Isolement géographique

## Orientation vers la Gestion de cas si : Critère 1 + Critère 2 + Critère 3

- Critère 1** : Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

Maladie neurodégénérative /  
Troubles cognitifs évolutifs

- ◆ Problème d'autonomie fonctionnelle
- ◆ Problème relevant du champ médical
- ◆ Problème d'autonomie décisionnelle

- Critère 2** : Aides et soins insuffisants ou inadaptés (Absence de suivi, refus, difficultés de mise en œuvre)

- Critère 3** : Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins (Personne isolée, aidant épuisé, mise en échec de la coordination).

## REPONSE DU SERVICE

Commission du :     /     /

- Personne accompagnée en Gestion de cas  
 Personne ne relevant pas de nos missions,  
Réorientation vers :  
Motif :

Merci d'envoyer ce document par mail ou par courrier