

Origine de la demande

Date de la demande / ___ / ___ / ____

Nom de la structure :

Nom et qualité du demandeur :

☎ : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ☏ :

Date de réception / ___ / ___ / ____ /

Identification de la personne concernée

Nom / Prénom

Adresse

Code postal / _____ / Ville / _____ / ☎ : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Personne seule En couple Présence d'un enfant NSP* Né(e) le : / ___ / ___ / ____ /

Aidant ou personne de confiance Famille Ami(e) Voisin Autre

Nom / Prénom de l'aidant

☎ : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ☏ :

➤ La personne (et/ou l'aidant) a été informée de l'orientation vers le service gestion de cas et du partage d'informations OUI NON NSP*

Critères d'accès au service de gestion de cas

1. Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison du cumul de 3 types de problèmes :

L'Autonomie Fonctionnelle OUI NON NSP*

= Problème lié à la mobilité fonctionnelle (marche, mobilité en fauteuil roulant, mobilité dans le lit et transferts) et ses conséquences sur les soins personnels nécessaires (alimentation, hygiène, élimination, bain et habillage), ou la perte de la capacité à être autonome dans son environnement (faire des achats, cuisiner, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, gérer son argent, gérer ses médicaments et utiliser le téléphone)

Relevant du champ médical OUI NON NSP*

= Problème pouvant concerner une baisse sévère d'un des 5 sens, chutes fréquentes, plaies, désorientation, difficultés à se nourrir ou boire, essoufflement même au repos, hospitalisations répétées, modification récente du comportement, perte de poids, d'appétit.

L'Autonomie Décisionnelle OUI NON NSP*

= Altération du processus décisionnel et de la capacité à donner un consentement éclairé avec pour conséquences les difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

2. Aides et soins insuffisants ou inadaptés OUI NON NSP*

= pouvant correspondre à un logement inaccessible, inadapté, à une précarité économique, au refus d'aides ou de soins par la personne ou son entourage, l'absence de suivi médical.

3. Absence de personne ressource, d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins OUI NON NSP*

= pouvant se traduire par un aidant peu présent (épuisé, dépassé, lui-même malade), l'épuisement des professionnels, une problématique familiale (conflits, projet non partagé, déni ou incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples...), ou par un manque de moyens de communication.

La personne a des troubles cognitifs / maladies neuro dégénératives OUI NON NSP*

✓ Si oui, un diagnostic a-t-il été posé ? OUI NON NSP*

* NSP = Ne sais pas

Renseignements complémentaires

Renseignements complémentaires	Oui	Non	NSP*	Observations
Une demande APA est réalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, GIR
Une demande d'entrée en EHPAD est réalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne a un médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le médecin traitant est informé de la demande gestion de cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Professionnel(s) et/ ou intervenant(s) connu(s) et/ ou Structure(s)
Type d'intervention(s) mise(s) en place connue(s)

Professionnel, Intervenant, structure et/ou intervention (s)	Nom du Professionnel ou de la structure	Coordonnées (téléphone, mail) <i>Merci de préciser les démarches en cours ou observations (arrêt ou difficulté de mise en place d'un service ...)</i>
Médecin traitant		
Infirmier		
ESAD		
SSIAD		
SAD		
Portage de repas		
Service de répit		
Accueil de jour		
Mesure de protection		
Autre (précisez)		
Autre (précisez)		

Motif(s) de l'orientation (situation, problématiques repérées...) et **attentes** en gestion de cas