

Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle Et d'Orientation – FAMO (Version DAC)

Date : ___ / ___ / ___ Heure : _____

La personne est informée de cette orientation **oui non**



Demande traitée par :

Demande formulée par

Nom : _____
Orienté(e) par : _____
Téléphone : _____

Prénom : _____
Lien/Fonction : _____
Mail : _____

Coordonnées de la personne concernée

*Nom d'usage : _____ *Prénom : _____
*Nom de naissance (si différent) : _____
*Date de naissance : ___/___/___ Âge : _____
*Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code : _____ Interphone : _____ Etage : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone(s) : _____ / _____
Mail : _____@_____

Référent / Personne de confiance / Aidant

Personne de confiance formalisée : _____
Informé(e) de la demande : **oui non**
Nom : _____ Prénom : _____
Lien : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : _____ / _____
Mail : _____@_____

Cercle de soins

Professionnel	Nom	Téléphone	Mail	Ville
Médecin Traitant				
IDEL / SSIAD				
Référent Social				
Aide a domicile				
Mandataire Judiciaire				
Autre				

Alertes

Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisations répétées (Lieux) :
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Essoufflement même au repos
- Troubles sensoriels (vision, audition...)
- Modification du poids : amaigrissement prise de poids
- Troubles de comportement (agitation, repli sur soi...)
- Perte de mémoire
- Douleurs
- Chutes, perte d'équilibre, trouble de la marche
- Autre :

Autonomie

- Altération dans les actes essentiels**
(Se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, se nourrir)
- Altération dans les activités de la vie domestique**
(Faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, gérer le linge, gérer le budget, gérer les médicaments, utiliser le téléphone et autre moyen de communication, utiliser les transports)
- Difficultés dans la prise de décision
- Limitation importante dans les activités personnelles et les loisirs
- Autre :

Environnement matériel

- Habitat inadapté
- Insalubrité
- Nuisibles
- Difficulté d'accessibilité
- Perte d'hébergement/ logement
- Isolement géographique (difficulté d'accès aux services, et commerces de proximité)
- Autre :

Environnement Humain

- Vit seul(e) En famille Avec un conjoint
- Animal de compagnie
- Absence ou épuisement de réseau familial
- Insuffisance du réseau social
- Absence d'aide professionnelle
- Refus d'aide ou d'intervention des professionnels
- Ressenti de solitude
- Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance
- Autre :

Situation économique et administrative

- Précarité financière
- Absence, perte ou difficulté d'accès aux démarches administratives
- Autre :

Droits ouverts

- APA GIR:
- MDPH
- Invalidité ALD
- Autre :

Date : ___/___/___

La personne est informée de cette orientation **oui non**

Type d'appui Demandé

 COMPTE RENDU HOSPITALIER JOINT **RAPPORT SOCIAL JOINT** **GERIATRIQUE**

- Evaluation maintien à domicile (MAD)
- Soutien au MAD
- Soutien de l'aidant
- Soutien suivi médical
- Soutien au traitement
- Soutien démarche administrative

 NEUROLOGIE

- Evaluation maintien à domicile (MAD)
- Soutien de l'aidant
- Soutien psychologique
- Soutien suivi médical
- Soutien démarche administrative
- Soutien au traitement

 HANDICAP

- Evaluation maintien à domicile (MAD)
- Soutien de l'aidant
- Soutien suivi médical
- Soutien démarche administrative
- Demande logement/ hébergement adapté
- Soutien psychologique
- Soutien au traitement

 PSYCHIATRIE **ADDICTOLOGIE**

- Evaluation maintien à domicile (MAD)
- Hospitalisation contrainte
- Soutien au MAD
- Soutien de l'aidant
- Soutien suivi médical
- Accès soin psychiatrique
- Soutien au traitement
- Soutien démarche administrative
- Réhabilitation psycho social

 ONCOLOGIE

- Evaluation du MAD
- Surveillance post-chimiothérapie
- Soutien démarche administrative
- Soutien de l'aidant
- Soutien psychologique
- Soins de support

 SOINS PALLIATIFS

- Evaluation du MAD
- PEC fin de vie à domicile
- Symptôme(s) incontrôlé(s)
- Soutien de l'aidant
- Soutien psychologique
- Hospitalisation USP /LISP
- Soutien démarche administrative

 Autres :

Histoire de la maladie / contexte de la demande

Compléter les objectifs et actions attendues de la demande

Demande exprimée par la personne

Projet de soin

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :
Date : ___/___/___

Demande CORPALIF

Directives anticipées rédigées

Autre : _____