

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

Coordonnées :  
contact@dac95sud.fr  
tél. : 01.34.15.09.62  
Fax : 01.34.15.28.91



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 : .....

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

Coordonnées :  
contact@dac95sud.fr  
tél. : 01.34.15.09.62  
Fax : 01.34.15.28.91

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**

- 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

### **ADDICTOLOGIE**

### **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 : \_\_\_\_\_