

## Fiche de saisine du dispositif MAIA – Alpes-Léman

A retourner à [ge-polegeronto@hautesavoie.fr](mailto:ge-polegeronto@hautesavoie.fr) T / 04 50 84 40 06

Date de saisine :	Téléphone :
Professionnel requérant :	Mail :

Coordonnées de la personne concernée	Localisation actuelle - Situation familiale
<b>NOM :</b> <b>Prénom :</b> <b>Date de naissance :</b> Age : <b>ans</b> <b>Téléphone :</b> <b>Adresse :</b>	<input type="checkbox"/> <b>A domicile</b> <input type="checkbox"/> <b>Hospitalisée</b> <b>Date de retour à domicile :</b> <input type="checkbox"/> <b>Passage aux urgences</b> <b>Date :</b> <b>GIR :</b> (connu ou à défaut estimé) <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Vit en couple <input type="checkbox"/> Vit en famille

**Critères d'entrée en gestion de cas**

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus\* qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les trois critères suivants.

\* La gestion de cas peut être mobilisée pour une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

**Critère 1 : Situation instable qui compromet le maintien à domicile en raison de 3 critères cumulatifs**

<b>Problème d'autonomie fonctionnelle :</b> <i>Les activités de la vie quotidienne et/ou les activités «instrumentales» de la vie quotidienne sont impactées : la personne a des difficultés pour se laver, s'habiller, se déplacer, faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget...</i>	<b>ET problème relevant du champ médical (hors situation médicale aiguë ou de crise)</b>	<b>ET problème d'autonomie décisionnelle :</b> <i>Difficultés de la personne à prendre des décisions pour elle-même, quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) avec pour conséquences des 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.</i>
<b>Détaillez :</b>	<b>Détaillez :</b>	<b>Détaillez :</b>

**Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés**

Tentative de mise en place d'aides médico-sociales les plus courantes mais :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dénî de la pathologie de la personne                               | <input type="checkbox"/> Pas de professionnel mobilisable                 |
| <input type="checkbox"/> Résistance de la personne aux aides existantes                     | <input type="checkbox"/> Difficultés de coordination entre professionnels |
| <input type="checkbox"/> Réticence de la personne à l'introduction d'aides professionnelles | <input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels                    |

**Développez vos observations :**

**Critère 3 : Personne isolée ou dont l'entourage proche n'est pas en mesure de mettre en place et de coordonner les aides et les soins**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence d'aidant ou aidant éloigné | <input type="checkbox"/> Résistance de la personne aux aides de l'aidant    |
| <input type="checkbox"/> Aidant épuisé                      | <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté dans les relations familiales |
| <input type="checkbox"/> Dénî de la pathologie par l'aidant | <input type="checkbox"/> Résistance de l'aidant aux aides proposées         |

**Développez vos observations :**

1 <sup>er</sup> Référent à domicile :	2 <sup>nd</sup> Référent à domicile
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Nature du lien avec la personne :	Nature du lien avec la personne :
Médecin traitant	SSIAD ou infirmiers libéraux
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Service d'aide à domicile	Autres
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

**Information préalable de la personne et/ou son référent sur la demande de suivi de gestion de cas**

La personne en date du

Son référent en date du

Si défaut d'information, précisez pourquoi :

**Démarches médico-sociales entreprises jusqu'à présent**

Demande de prestations (APA, heures mutuelles, caisses de retraite, etc.)  
 Oui    Non    En cours   Nature de la prestation :

Prise de contact avec un service d'aide à domicile (SAD, SSIAD, etc.)

Dossier EHPAD ou hébergement temporaire

Demande de protection juridique

**Attentes par rapport à la gestion de cas** (en lien avec le projet de vie de la personne)

**Réservé au dispositif MAIA**

1<sup>ère</sup> saisine    APA   GIR    Situation géronto    PCH    PMS

Avis du TMS EMS ou ETH

**Entrée en gestion de cas :**  Oui    Non

Si Oui, dossier attribué à :

Si Non, Orientation donnée (équipe médico-sociale, Unité Mobile de Gériatrie, etc.) :

Motifs :