

Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation d'Île-de-France - FAMO

Date d'envoi : _____

DEMANDE INITIALE

Formulée par Personne concernée Famille Entourage Autre professionnel NOM : _____

Lien / fonction : _____ Coordonnées : _____

Mode de contact Contact en présentiel Contact téléphonique/par mail/par fax

PERSONNE COMPLÉTANT LA DEMANDE (coordonnées du rédacteur du FAMO)

Exercice Structure Libéral NOM Prénom : _____ Fonction : _____

Structure/équipe : _____ Service/unité : _____

Téléphone(s) : _____ Email : _____ Fax : _____

La personne concernée

ALERTES

Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisations répétées
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Essoufflement même au repos
- Problèmes sensoriels (vision, audition,...)
- Modification du poids (amaigrissement, prise de poids)
- Problèmes de comportement (agitation, repli sur soi,...)
- Pertes de mémoire
- Douleurs
- Chutes, pertes de l'équilibre
- 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 autres moyens 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
- Difficultés d'accessibilité
- Isolement géographique (difficultés d'accès aux services et commerces de proximité)
- Autre : _____

Environnement humain

- Vit seule
- Absence de réseau familial
- Insuffisance du réseau social
- Absence d'aide professionnelle
- Absence, perte ou épuisement des aidants
- Refus d'aide ou d'intervention de 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 droits sociaux ou de santé
- Autre : _____

Coordonnées

Civilité : M. Mme NOM d'usage : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____ Né(e) le : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone(s) : _____

Email : _____

Consignes particulières pour la prise de contact (Indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite, ou si la personne n'a pas le téléphone, etc.) : _____

Vit : Seul(e) En famille Avec un conjoint

Avec entourage Lien : _____

Avec animal de compagnie : _____

Demande exprimée par la personne

Commentaires : _____

Accompagnement dans la mise en place d'aides

La personne souhaite des renseignements et engagera seule les démarches

La personne souhaite être accompagnée dans la mise en place des aides ; elle consent au partage d'information la concernant

SERVICES ET PROFESSIONNELS EN PLACE CONNUS

Médecin traitant Oui Non Ne sait pas informé de la demande: Oui Non Ne sait pas

NOM Prénom: _____ Commune: _____

Téléphone(s): _____ Email: _____

Mesure de protection juridique Oui Non Ne sait pas

Si existante, exercée par: Professionnel privé ou Association tutélaire Famille Lien: _____

NOM: _____ Téléphone(s): _____ Email: _____

Autres services ou professionnels

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

Personne ressource Informée de la demande: Oui Non Ne sait pas Lien (professionnel, famille, voisinage): _____

NOM: _____ Prénom: _____

Code postal: _____ Commune: _____ Téléphone(s): _____ Email: _____

ORIENTATION(S) ENVISAGÉE(S) (destinataires du FAMO)

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel si connu	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

Date de retour d'information: _____

RÉPONSE (encart réservé au récepteur du FAMO)

Rappel de l'identité de la personne âgée concernée NOM: _____ Prénom: _____

Date de retour d'information: _____

NOM Prénom: _____ Fonction: _____

Structure/équipe: _____ Service/Unité: _____

Statut de la demande

Validée NOM du référent désigné: _____

Téléphone(s): _____ Email: _____ Fax: _____

Validée en attente de prise en charge Motif de l'attente: _____

Refusée Motif: _____

Réorientée vers: _____