



MAIA

Département de l'Allier

Recueil d'Information et d'Orientation



Date d'envoi : Motif de transmission : Information Orientation

personne en situation fragile/préoccupante (opposition aux dispositifs, conflits familiaux, aidant en difficulté, errance, déambulation, isolement social)

*Champ obligatoire



*La personne concernée

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 (par exemple si la personne est malentendante, des horaires d'appel ou de visite...) :

Situation : marié(e) pacsé(e) concubinage célibataire divorcé(e) séparé(e) veuf(ve) Nombre d'enfants :

Vit : Seul(e) Avec un conjoint Avec un enfant En famille Autres personnes, précisez :

Avec animal de compagnie :

N° de Ss : Caisse d'assurance maladie :

Caisse de retraite : Mutuelle :

Suivi des démarches : contacter la personne elle-même en priorité

Personne(s) ressource

1) Lien (professionnel, famille, voisinage) : Nom prénom :

Contacts :

2) Lien (professionnel, famille, voisinage) : Nom prénom :

Contacts :

*Contexte de la demande (formulée le ../.. / 20..)

Origine :

Détails :

.....

.....

.....

.....

.....

Les problématiques repérées

Santé :

- Absence de suivi médical
- Problématique de nutrition / modification du poids
- Hospitalisations répétées
- Problèmes de mémoire
- Déficience sensorielle (auditive, visuelle...)
- Comportement (agitation, repli sur soi...)

Autonomie fonctionnelle :

- Difficultés pour les actes de la vie quotidienne/ pour les activités domestiques
- Chutes fréquentes

Sécurité de la personne et de son environnement :

- Logement inadapté
- Logement vétuste, suspicion d'insalubrité
- Risque de se mettre en danger
- Isolement géographique (difficultés d'accès aux services et commerces de proximité)

Aspects familiaux et sociaux :

- Vit seul(e)
- Aidant absent
- Aidant en difficulté
- État de santé de l'aidant dégradé
- Absence de réseau familial
- Refus d'aide ou d'interventions de professionnels

Aspects économiques et administratifs :

- Difficultés à gérer l'administratif
- Refus du plan d'aide
- Précarité économique
- Absence d'ouverture de droits

Autre(s) problématique(s) :

.....

.....

.....

Services et professionnels en place connus

Prise en charge connue : PCH APA Caisse de retraite **Prise en charge envisagée** : PCH APA Caisse de retraite

Médecin traitant : Oui Non Ne sait pas **Informé de la demande** : Oui Non Ne sait pas

Nom et prénom : **Coordonnées** :

Mesure de protection juridique : Oui Non Ne sait pas En cours

Nom du mandataire : Privé Associatif Familial

Coordonnées :

Type de mesure : Curatelle Curatelle renforcée Tutelle Sauvegarde de justice

Accueil et hébergement :

Accueil familial : Oui Non Demande en cours Envisagé

Hébergement temporaire : Oui Non Demande en cours Envisagé

Hébergement permanent : Oui Non Demande en cours Envisagé

Accueil de jour : Oui Non Demande en cours Envisagé

N° de dossier ViaTrajectoire grand âge :

Autres services ou professionnels :

Service/professionnel <small>(SAAD, SSIAD, professionnel libéral, portage de repas, travailleur social...)</small>	Coordonnées

*Professionnel complétant la demande (coordonnées du rédacteur du RIO)

Nom prénom :

Fonction : **Structure** :

Service/unité :

Téléphone(s) : **Mail(s)** :

*Orientation

La personne souhaite engager seule les démarches.

La personne souhaite être accompagnée ; elle est informée de la transmission des informations la concernant.

Orientation vers :

Motifs et commentaires :

.....

*Réponse à renvoyer à l'émetteur (encart réservé au récepteur du RIO)

Nom de la structure receveuse :

Orientation validée

Orientation refusée (motif) :

Réorientée vers (type et nom du service) :

La personne est avertie de cette nouvelle transmission d'information la concernant.