

Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation - Paris

Date : _____ **La personne concernée a été informée de la transmission d'informations :** oui non ne sait pas

Professionnel ou acteur qui établit l'analyse multidimensionnelle

Nom structure : _____ Type structure : _____
 Nom demandeur/qualité : _____ Service : _____
 ☎ : _____ 📠 : _____ @ : _____

Identification de la personne concernée

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : _____ Âge : _____ ans Nom de naissance : _____
 Adresse : _____ 75 PARIS Étage : _____
 Bât/Hall/Porte/Esc : _____ Code(s) : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Demande exprimée par la personne (ou son représentant)

Personne ressource à contacter

personne à l'origine de la demande : oui non ne sait pas

Lien (professionnel, famille, voisinage, tuteur...) : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Médecin traitant

oui non ne sait pas

médecin informé de la demande : oui non ne sait pas

Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) intervenant(s) connu(s)

Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone	En place ou en cours

Analyse Multidimensionnelle

- « **Domaine de la santé** » (physique et psychologique)
- Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant)
 - Mauvais état de santé et/ou épuisement ressenti par la personne (plainte exprimée...)
 - Symptômes physiques (essoufflement même au repos, pertes d'équilibre, chutes, plaies, baisse de la mobilité...)
 - Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou de l'espace, déni de la maladie...)
 - Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, désinhibition...)
 - Troubles nutritionnels (perte ou prise de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
 - Troubles psychiques (anxiété, tristesse, troubles de l'humeur, idées suicidaires, troubles du sommeil, sentiment de persécution, idées délirantes...)
 - Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat...)
- « **Domaine de l'autonomie fonctionnelle** » (vie quotidienne)
- Problèmes dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, aller aux toilettes)
 - Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge, des médicaments, des moyens de com...)
 - Problèmes dans les activités quotidiennes (baisse ou arrêt des activités personnelles, professionnelles, de loisirs...)

« **Domaine familial et environnemental - Sécurité individuelle** »

Épuisement et/ou incapacité de l'aidant (manque de temps personnel, difficultés à suivre les aides en place...)

Isolement problématique (décès de l'aidant, changement brutal du contexte de vie, absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin...)

Problématique compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, cohabitation difficile...)

Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance (physique ou psychologique, négligence...)

Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)

Difficultés de communication (ne parle pas/plus le français, ne le comprends pas/plus, ne le lit pas/plus...)

« **Domaine de l'habitat** »

Habitat inadapté (SDB, WC inadaptés, mobilier inadapté et/ou détérioré avec risques de chutes et/ou d'accidents domestiques : gaz, tapis, escalier...)

Insalubrité/ vétusté/ appartement encombré

Problème d'accessibilité du logement (pas d'ascenseur...)

Risque d'expulsion, mesure d'expulsion en cours

« **Domaine des aspects économiques et/ou administratifs** »

Difficultés/incapacité dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, factures impayées, carte de retrait invalidée...)

Perte ou difficulté d'accès aux droits

Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Motif(s) de l'orientation / problématique(s) repérée(s)

Motif A :

Motif B :

Motif C :

Commentaires :

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) destinataire(s) de la demande

Motifs	Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone
A		
B		
C		

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA REPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur

Date : _____ Nom structure/service : _____

Orientation : Validée Invalidée En attente Motif : _____

Intervention envisagée le /à compter du : _____

Par (nom et fonction du professionnel) : _____